

139



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“Tratamiento Cognitivo Conductual para  
Bebedores Problema: Un Análisis de las  
Situaciones de Riesgo”

T E S I S  
Que para obtener el título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
p r e s e n t a  
ORTEGA VELAZQUEZ AIDA



Director de Tesis: Lic. Leticia Echeverría San Vicente  
Asesor Estadístico: Mtro. Angel Duran Díaz

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

Ciudad Universitaria



2000

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
SAC. PSICOLOGIA

2000



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.**

### **A mis Padres:**

Por haberme dado todo su amor, apoyo y comprensión y por estar siempre conmigo cuando lo necesité. Sin ellos no habría sido posible realizar el presente trabajo.

### **A mi hermana Elisa:**

Por todo el apoyo y el tiempo que me dedicó en la realización de este trabajo y por ser siempre una buena hermana.

## **AGRADECIMIENTOS**

**Lic. Leticia Echeverría  
SanVicente:**

Por haberme guiado con su experiencia profesional y por la paciencia desinteresada que me brindó durante la realización de este trabajo, lo cual dejó en mí nuevas experiencias y conocimientos.

**Dr. Héctor E. Ayala  
Velázquez:**

Por haberme dado la oportunidad de participar en su proyecto y poder así haberme desarrollado profesionalmente.

**A Jennifer:**

Por dedicarme su tiempo y su ayuda, y por darme nuevas alternativas para la realización de este proyecto.

**Mtro. Angel Duran Díaz:**

Por su gran ayuda en el análisis estadístico y por haberme apoyado en el momento que más lo necesitaba.

**A Ale y a Cariño:**

Por haberme demostrado su amistad y haber sido la pauta de la realización de este trabajo.

**A mis compañeros del  
programa para**

**bebedores problema;**

Miguel Angel, Roberto,

Kalina, Karina, Gaby y

Elisa: por haberme

"echado porras" y por

los momentos que

convivimos en el Centro

Comunitario "Dr.

Oswaldo Robles".

**A mis sinodales: Por**

brindarme su tiempo y

sus conocimientos lo

cual fue de mucha ayuda

para mí.

**A Marco: por haberme**

ayudado en la parte

final de la tesis.

## INDICE.

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I. EPIDEMIOLOGIA .....	1
CAPITULO II. TRATAMIENTOS DE CORTE BREVE .....	15
CAPITULO III. FUNDAMENTOS TEORICOS .....	40
CAPITULO IV. METODO .....	65
CAPITULO V. RESULTADOS .....	76
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	95
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	102

## **RESUMEN.**

El presente estudio tuvo como objetivo saber que situaciones de riesgo presentan las personas que terminaron un tratamiento cognitivo-conductual para bebedores problema y si dichas situaciones estaban relacionadas con algunas variables sociodemográficas y del patrón de consumo.

La muestra fue de tipo no probabilística por cuota formada por los usuarios que asistieron voluntariamente al tratamiento y quedo integrada por 205 sujetos que acudieron al Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles" de los cuales 96 usuarios terminaron las 4 sesiones y tuvieron seguimiento, 29 se quedaron en la tercera sesión, 33 en la segunda sesión, 31 en la primera y 16 en la evaluación inicial en el Programa de Auto-cambio dirigido para Bebedores Problema.

Se utilizó un diseño de tipo pre-experimental ex-pos-facto, en el cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables.

Para realizar la medición de las situaciones de riesgo se utilizó el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) desarrollado por Annis, H. (1986), el cual mide situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída. Este instrumento se aplicó en la Evaluación inicial. Como instrumentos auxiliares se aplicaron durante la Evaluación Inicial; la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, el Cuestionario de Entrevista Inicial y la Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (que también se aplicó en el seguimiento).

Los resultados muestran que los 96 sujetos que terminaron el tratamiento presentan situaciones de riesgo que implican Momentos Agradables, Presión Social y Emociones Agradables, que existen diferencias en cuanto a género ya que las mujeres consumen en situaciones negativas y los hombres en positivas, además de que a un patrón de consumo de alcohol más severo se incrementan el porcentaje de riesgo en las 8 categorías del ISCA.

Lo anterior resalta la importancia de tomar en cuenta este instrumento y otras variables claves como indicadores de éxito en el 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 este.

Este estudio fue posible gracias a los subsidios 92-1054-02 y 328H9308 otorgados al Dr. Héctor Ayala Velázquez por el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo del Gobierno de Canadá y el CONACYT.

## INTRODUCCION.

En los últimos tiempos el consumo de alcohol representa uno de los principales problemas de salud en nuestro país.

Factores importantes que facilitan su consumo son la producción, distribución, promoción y venta de bebidas alcohólicas, además del papel tan importante que juega en la economía.

Otro factor que favorece el consumo de alcohol son los efectos individuales que causa ya que reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar.

Sin embargo el abuso del consumo de alcohol puede traer consecuencias muy graves principalmente referentes a la salud.

En los casos más severos las consecuencias médicas abarcan enfermedades como la cirrosis hepática, la pancreatitis aguda, anemia, y daños en el sistema inmunitario y endocrino entre otras.

La Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1993 reporta que 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, el 53.7% están entre 12 y 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al genero el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres. 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 bebedores tomaron hasta la ebriedad. De ellos el 7% son menores de 18 años y el 92.4% adultos. Y el genero masculino representa el 88.9% de la población que llega a la embriaguez.

Dado lo anterior es evidente que el consumo excesivo de alcohol constituye un grave riesgo para la salud. Es muy costoso en términos humanos y económicos, puesto que hay que esperar a que el bebedor desarrolle un síndrome de dependencia o complicaciones orgánicas para justificar su atención. (Tapia, 1994).

Es por eso la importancia de Tratamientos enfocados a la prevención y tratamiento de este problema.

Sin embargo, en la actualidad la mayoría de los tratamientos se basan en una perspectiva convencional sobre el alcoholismo considerándolo como una enfermedad progresiva e imparable.

Por lo que los programas de tratamiento de consumo excesivo de alcohol, se han enfocado únicamente a casos donde existe una dependencia severa hacia el alcohol, promoviendo como meta final la abstinencia en personas que presentan síntomas de retiro. Sin embargo, numerosas investigaciones han demostrado que sólo del 25 al 30 por ciento de las personas que acuden a servicios de salud, presentan síntomas de severidad que se incrementan a través del tiempo. De manera inversa, la mayoría de los casos, son aquellos que tienen una historia de consumo que fluctúa entre periodos de abuso en el consumo de alcohol, en consecuencias variadas y periodos de abstinencia o consumo limitado en el que no se presentan problemas. En las últimas dos décadas se ha comprobado que hay una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida, éstos han sido llamados "bebedores problema" y superan en número a los severamente dependientes. (Ayala et al., 1998).

Los programas de tratamiento para esta población no han tenido el éxito que se esperaba debido a que se utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos, es decir, que la meta de tratamiento tiene una orientación a la abstinencia que los usuarios no están dispuestos a seguir. Debido a que este es un serio problema de salud pública, se vio la necesidad de desarrollar programas que tengan



por objetivo minimizar los costos individuales y sociales producidos por esa población. Esto se logró a través de la aplicación de programas breves y efectivos que cubren las necesidades propias de los usuarios y que, a su vez, son atractivos para los mismos.

Una alternativa para esta población es la moderación en el consumo, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problemas pueden limitar su ingesta.

Un tipo de tratamiento para esta población es el basado en el Programa de Autocontrol Dirigido, desarrollado por los Doctores Sobell en la Fundación para la Investigación de las Adicciones en Toronto, Canadá y el cual ha tenido un particular impacto ya que se caracteriza por ser "efectivo y menos restrictivo".

Durante este tipo de tratamiento es común que se den las "recaídas" en los usuarios, pero al contrario de las concepciones tradicionales que las consideran como un fracaso en el tratamiento, este modelo las consideran como parte natural del proceso de recuperación. Es por eso la importancia de estudiar las situaciones de riesgo de los usuarios que los pudieran llevar a posibles recaídas.

Por lo anterior el presente trabajo tiene como objeto investigar **¿Qué situaciones de riesgo presentan las personas que tienen en este tipo de tratamiento mejores resultados?**, Para obtener esta información y elaborar un Perfil se utilizarán principalmente los resultados del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA), además de otros instrumentos del tratamiento como la Entrevista Inicial, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) y La Línea Base Retrospectiva de Seguimiento.

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 los problemas derivados del abuso del alcohol en México, basándose en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 y otros estudios.

En el **Capítulo II**, se hace una revisión de los tratamientos de corte breve para tratar el consumo excesivo del alcohol y se describe al final del capítulo el Programa de Auto-cambio dirigido para bebedores problema.

En el **Capítulo III**, se presentan los principios teóricos de la Teoría del Aprendizaje Social, además de revisar las situaciones de riesgo y la prevención de recaídas en el problema del consumo excesivo del alcohol.

En el **Capítulo IV**, se describe el procedimiento metodológico empleado en la investigación, donde se define el tipo de muestra, los sujetos, el diseño de investigación, las variables, el escenario, los instrumentos, el procedimiento y el análisis estadístico empleados en la investigación.

En el **Capítulo V** se presentan los resultados encontrados de la correlación entre las situaciones de riesgo y las variables sociodemográficas, del patrón de consumo y las sesiones del tratamiento.

Y en el **Capítulo VI**, se presentan las Conclusiones de la investigación.

## I. EPIDEMIOLOGÍA.

Debido a que el consumo excesivo de alcohol es uno de los principales problemas de adicción en México, la epidemiología del alcoholismo es un asunto de suma importancia.

Diversas investigaciones se han llevado a cabo en nuestro país acerca de este tema. De los primeros estudios publicados destaca la revisión de Cabildo en 1967, donde se obtuvo que la prevalencia de alcoholismo era de 0.7% aunque sólo se identificaba de manera estricta a individuos alcohólicos sin hacer clasificaciones.

En 1969 un estudio realizado por Cabildo en una población del Norte de la ciudad de México, el 46% de los hombres y el 19% de las mujeres fueron clasificados como bebedores moderados, en tanto que el 12.5% de los individuos del sexo masculino fueron definidos como bebedores excesivos y el 11.7% como alcohólicos (Tapia, 1994).

En 1974 estudios comparativos realizados en San Luis Potosí, La Paz, Mexicali, y el D.F. en población mayor de 14 años encontraron importantes variaciones entre abstemios y bebedores consuetudinarios donde la mayoría de estos últimos eran hombres y la mayor proporción se encontraba en Monterrey (36%) y la menor prevalencia era en el D.F. con un 12%. Entre personas del sexo femenino el mayor porcentaje era en la Paz y Monterrey con un 6% y el menor en el D.F. con 1% (Tapia, 1994).

A partir de estos resultados se empezaron a notar diferencias regionales en México en cuanto al consumo excesivo de alcohol, se observó que el norte del país sobresale entre las demás regiones.

En 1979, México participó en una investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la que por primera vez se abordaron aspectos de frecuencia y cantidad relacionados con problemas asociados a la bebida.

El estudio sólo comprendió habitantes de una zona urbana y otra rural, ambas del sur de la ciudad de México, donde la prevalencia de abstemios en las dos zonas fue de 67%. El 85% de los hombres reportó haber consumido bebidas alcohólicas los doce meses previos al estudio. Esta cifra se redujo para las mujeres 48% y tan sólo 5% de éstas comunicaron haber consumido bebidas alcohólicas por lo menos dos veces al mes, en comparación con 37% de los hombres (Tapia, 1994).

Por otra parte la Universidad Nacional Autónoma de México (Consejo Nacional contra las Adicciones; CONADIC, 1993, citado en Tapia, 1994) realizó en 5,225 estudiantes universitarios una encuesta sobre el consumo de alcohol. En los resultados se clasificaron como no bebedores a 27.6% de los encuestados; como bebedores ocasionales a 45.6% y como bebedores habituales a 27.7%. Cabe destacar que el mayor consumo se dio en la población masculina, además de que los resultados sugieren que el inicio del uso y abuso del alcohol se da en edades muy tempranas.

En 1983, el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó una investigación entre estudiantes de enseñanza media y superior del Distrito Federal. De ellos, 39% se clasificaron como usuarios leves, y 8% como usuarios altos (aquellos que consumían más de 200ml de alcohol en cada ocasión) y lo relevante de estos datos es que la edad fluctuaba entre los 14 y 18 años (Tapia, 1994).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 1990 estimó que 27.6% de la población mexicana entre los 12 y 17 años consume bebidas alcohólicas, cifra que casi se duplica en el grupo de 18 a 65 años, con 53.5%. Además de que la proporción de hombres es mayor que la de mujeres (31.9 y 22.9% respectivamente en el primer grupo y 73.4 y 36.5% en el segundo grupo).

La ENA estudió las diferencias regionales del país existentes sobre el consumo de alcohol y los datos sugirieron que en la región centro

(Guanajuato, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala) radica el mayor porcentaje de abstemios, aunque en el Distrito Federal es donde menos abstemios hay. Por lo que toca a los bebedores consuetudinarios, una cuarta parte de estos (24.1%) radica en la frontera norte del país, además se observó que 10.5 de los bebedores consuetudinarios reunieron los criterios de dependencia al alcohol (Tapia, 1994).

Durante 1991, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública llevaron a cabo la Encuesta Nacional del uso de drogas en la Comunidad Escolar. Los resultados obtenidos fueron de Baja California, Tamaulipas, Chiapas, Oaxaca, Jalisco y el Distrito Federal. Se encontró que el consumo de tabaco y alcohol son los problemas relacionados con el uso de sustancias más importantes de la comunidad estudiantil. La población que comunico haberse embriagado por lo menos una vez por mes (6 y 15%) eran menores de 18 años (Medina-Mora, 1992).

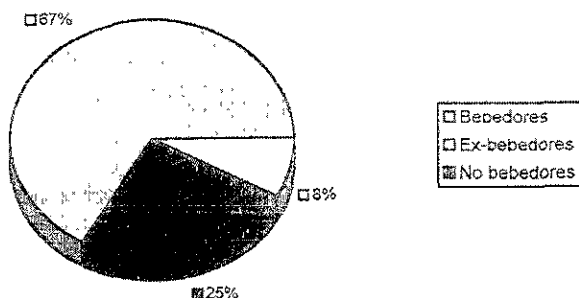
Para 1993, la ENA realizó 20,243 entrevistas completas, arrojando una distribución de 45.5% para el grupo masculino y el 54.5% para el femenino.

En cuanto a la edad, el grupo de sujetos entre 12-18 años conformó el 31.7% de la muestra, el resto se distribuyó en los grupos entre 19 y 65 años de edad.

La distribución porcentual de los diferentes patrones de consumo muestran como dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores (67%) lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. El 25% reporto ser no bebedor y un 8% se manifestó como ex-bebedor Ver Gráfica 1.

De ellos, el 53.7% están entre 12 y 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al genero el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres.

### PREVALENCIA DE BEBEDORES NO BEBEDORES Y EX-BEBEDORES (12 a 65 AÑOS).



Gráfica 1

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

Al comparar la prevalencia de bebedores en cada una de las 8 regiones en que se divide el territorio mexicano, se destaca que los sujetos clasificados como 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 significativas 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 el 33.6% nunca ha consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de los hombres sólo el 15.6% no lo ha hecho.

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

Con respecto a la escolaridad (a nivel nacional), puede observarse una 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, ya que más de las tres cuartas partes de los que alcanzaron nivel de licenciatura son bebedores (82.1%). En el grupo de sujetos con mayor escolaridad formal es donde esta la menor proporción de no 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.

Por otro lado, los no 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 aquellos sujetos (hombres o mujeres) que se dedican al hogar. La prevalencia más alta de exbebedores se observa entre los desempleados (15.4%), mientras que entre los empleados sólo un (7.5%) de personas han dejado de beber.

Con respecto al tipo de bebida, frecuencia y cantidad de consumo casi una cuarta parte de la población bebedora (23.4%) 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.

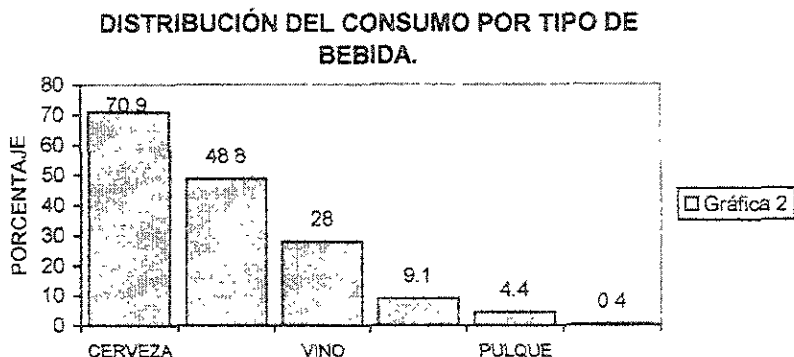
Más de la tercera parte de la población bebedora consumió con una frecuencia de 2 a 6 veces al año. La frecuencia de consumo en el grupo femenino en su mayoría fue de 2 a 6 veces al año.

En los grupos de las mujeres de 19 a 25 años (12.9%) y de 26 a 34 (10.3%) años se encuentran las frecuencias más elevadas de consumo. El 1.4% de las adolescentes presentan 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, y 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 consume 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 vino de mesa (28%), los coolers los consumen el 9.1% de los sujetos, el 4.4% toma pulque y en cantidades menores el 0.4 % consume alcohol de 96 grados.

Ver Gráfica 2.



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



En cuanto a la frecuencia con que se consume la 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 consume diaria o semanalmente. Con relación a la ingestión de destilados el 10% lo consume entre 1 y 3 veces por mes y casi el 5% de los adolescentes lo consume con esta misma frecuencia. Los porcentajes más 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 lo ingieren con esa frecuencia.

Respecto a los diferentes patrones de consumo, la mayor prevalencia (56.8%) es la de los bebedores poco frecuentes. 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 "potencial de alto riesgo". El 10% de los adolescentes pueden agruparse en uno de estos 3 grupos de riesgo, es decir, 500,000 menores de 18 años.

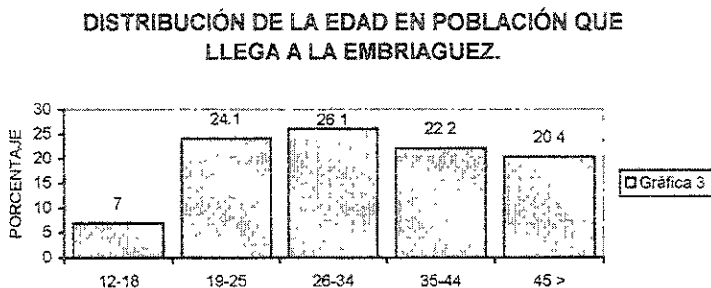
Al tomar por separado los patrones de consumo de la población adulta; se muestra que más de la cuarta parte de los adultos se encuentran en los 3 grupos mencionados, lo que equivale a más de 6,000,000 individuos con patrones de alto riesgo.

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 encuentran 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.

Con 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 tomaron hasta la ebriedad. De ellos el 7% son menores y el 92.8% adultos. El género masculino representa el 88.9% de la población que llega hasta la embriaguez.

(Ver Gráfica 3).



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

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 años o más. De los 9 000 000 sujetos 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 la embriaguez anual (2 a 6 veces al año), más de la mitad pertenece al rango de edad entre 26 y

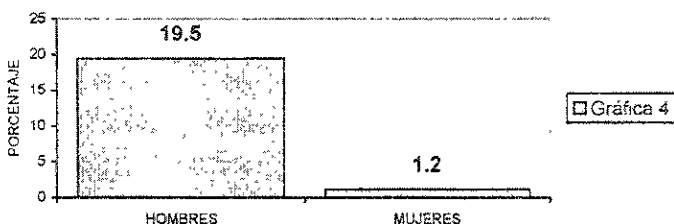
44 años. En conclusión, puede decirse, que la población mayor de 26 años es la que tiene el riesgo más alto de embriagarse, sin olvidar el 7% que representan los adolescentes.

Por otro lado al hablar de dependencia al alcohol se hace necesario mencionar los indicadores que nos marcan la existencia de dependencia hacia este. Los indicadores de dependencia (CIE-10), incluyen compulsión de consumo, incapacidad de control, abstinencia, consumo para aliviar abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el consumo 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 período de 12 meses. El síndrome de dependencia al alcohol fue propuesto por Edwards y es el que utiliza la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-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 de personas de edad adulta presentaron 3 ó más síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol. Ver Gráfica 4.

De ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue del 19.5% y del 1.2% la femenina.

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



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

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 la violencia, maltrato, carencias, enfermedades e incluso 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 los individuos que beben en menor cantidad estén a salvo de tener problemas asociados con el consumo. Las características propias del individuo determinarán

las consecuencias ocasionadas por el consumo de alcohol, sin importar frecuencia o cantidad.

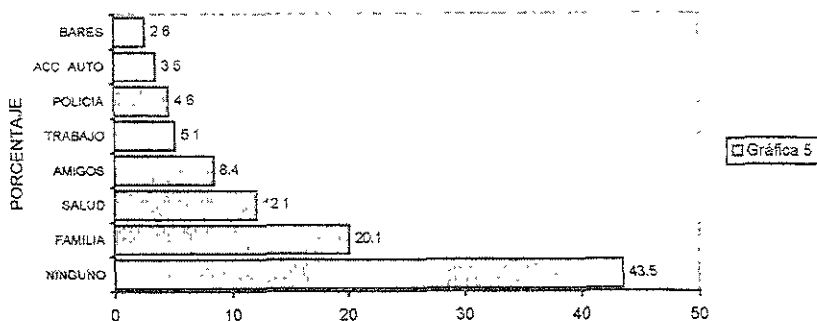
El 41.6% de los bebedores que tomaron 5 ó más copas por ocasión en el último año presentaron 1 ó más problemas derivados de su consumo. Cabe destacar que aproximadamente una quinta parte son problemas que implican violencia.

Esto confirma hallazgos de estudios cualitativos, en los que se demuestra que la embriaguez esta asociado a violencia familiar, riñas en las calles y accidentes, entre otras consecuencias. Así mismo, datos de los archivos de los servicios forenses demuestran cómo la ingestión alcohólica esta 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 de salud (12.1%), problemas con amigos (8.4%), con la policía (4.6%), accidentes automovilísticos (3.5%) y en bares (2.6%).

Ver Gráfica 5.

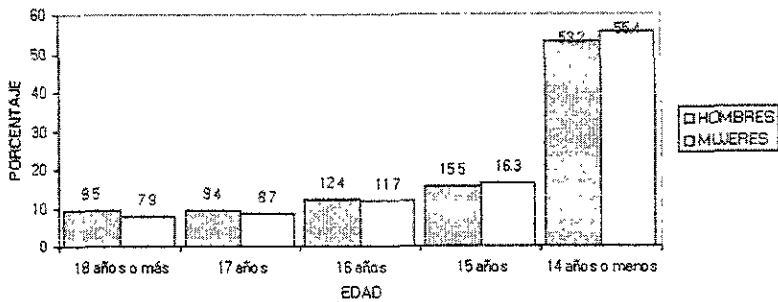
#### DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LA POBLACIÓN QUE CONSUME 5 O MÁS COPAS EN CADA OCASIÓN



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

De los estudios más recientes sobre el consumo excesivo de alcohol, destaca el realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1997 sobre la situación de consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México, la edad de los sujetos fue entre los 12 y 22 años (con una media de 14 años), el 55.4% fueron mujeres y el 53.2% fueron hombres, el 61% tenía un nivel escolar de secundaria, el 27.6% de bachillerato y el 11.4% provenía de escuelas técnicas. Ver Gráfica 6.

### DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO.

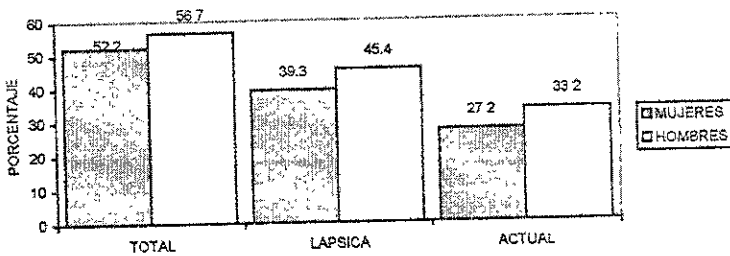


Gráfica 6

Fuente: Villatoro, J., y colab. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Cd. de México. Medición Otoño 1997. Salud Mental, 22, 1

Se encontró que para el Distrito Federal el 54% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida y un 30% lo han consumido en el último mes. Al analizar este consumo por género la población masculina (33.2%) resulta más afectada que la femenina (27.2%), aunque la diferencia porcentual es pequeña. Ver Gráfica 7.

### CONSUMO DE ALCOHOL POR SEXO EN ESTUDIANTES DEL D.F. 1997.



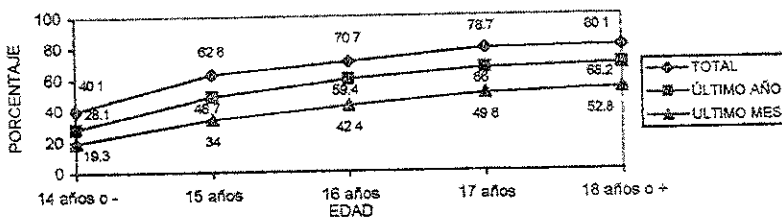
Gráfica 7

Fuente: Villatoro, J., y colab. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Cd. de México. Medición Otoño 1997. Salud Mental, 22, 1.

En cuanto al nivel educativo, en secundaria el 21.1% de los adolescentes han consumido alcohol en el último mes, en escuelas técnicas el 39.3% y en bachillerato el 46.3%.

En cuanto a la edad de los adolescentes se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menos de la mitad de los que tienen 18 años o más. Así mismo, un porcentaje importante (49.8%) de adolescentes de 17 años - menores de edad - han bebido alcohol en el último mes, siendo que legalmente esta prohibido el consumo y la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años. Ver Gráfica 8.

### CONSUMO DE ALCOHOL POR EDAD EN ESTUDIANTES DEL D.F. 1997.



Gráfica 8.

Fuente: Villatoro, J., y colab. 1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Cd. de México Medición Otoño 1997. Salud Mental, 22, 1.

Adicionalmente, los resultados indican que 23% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes. Esta conducta representa un riesgo para accidentes, por ejemplo, 3% reportó haber manejado un coche o motocicleta mientras bebía o justo después de haber bebido; 5% ha tenido accidentes como caídas, fracturas o golpes (Villatoro et al, 1999).

Es evidente que el consumo excesivo de alcohol constituye un grave riesgo para la salud. Es muy costoso en términos humanos y económicos, puesto que hay que esperar a que el bebedor desarrolle un síndrome de dependencia o complicaciones orgánicas para justificar su atención. (Tapia, 1994).

En conclusión se puede decir que los factores de riesgo sobre el consumo de alcohol son elevados de ahí la importancia de utilizar tratamientos para la detección temprana, por lo que el siguiente capítulo se centra en la descripción de estas nuevas opciones de intervención.



## II. TRATAMIENTOS DE CORTE BREVE.

La búsqueda de programas que sirvan para prevenir o reducir el serio problema social que resulta del consumo excesivo de alcohol se ha dado a nivel internacional, siendo una preocupación constante de autoridades, investigadores y profesionistas del campo de la salud a partir de la década de los cincuenta. La evidencia reciente del incremento de la prevalencia e incidencia que ha tenido el consumo excesivo de alcohol en países en vía de desarrollo se ha asociado con una serie de problemas sociales como accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, agresividad y actos de homicidio y suicidio.

La preocupación por este grave problema de salud pública ha motivado a los gobiernos a proponer acciones dirigidas al tratamiento como una opción para generar un cambio en el patrón de consumo de la población. De igual manera se han venido favoreciendo la prevención permitiendo la concentración de 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 (Ayala, 1998).

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 se derive directamente de un 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 se presentan una revisión de los programas que en nuestro país se llevan acabo para el luchar contra el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y lograr así una disminución de los riesgos asociados a esta forma de consumo:

Por lo que se refiere al área de Prevención las instituciones que se encuentran dentro de este rubro son: la Secretaria de Salud (SSA), el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), la Secretaria de Educación Pública (SEP), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Centro de Estudios sobre el Alcohol y el Alcoholismo entre otras.

En cuanto al área de Atención, la Secretaria de Salud proporciona un tipo de servicio 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.

Con respecto a la Investigación y Enseñanza, la Secretaria de Salud, el IMP, el Consejo Nacional contra las adicciones, la SEP, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la UNAM entre otras son instituciones que se han dedicado a promover actividades y a desarrollar investigación en el campo de las adicciones.

Y en lo que se refiere al Tratamiento de los bebedores excesivos, la Secretaria 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.

Así mismo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la UNAM (Facultad de Medicina, Departamento de Salud Mental), Alcohólicos Anónimos en colaboración de otras instituciones como Al-Anon, Al-teen, el Instituto Nacional de la Senectud y otros organismos de carácter privado están enfocados al tratamiento para el consumo excesivo de alcohol.

A través del análisis de los servicios que ofrecen estas instituciones nos podemos dar cuenta que se ha 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 como consecuencia a otra parte de la población todavía más importante aquellos que abusan de las bebidas alcohólicas pero todavía no presentan una dependencia severa.

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

El bebedor problema es aquel individuo que tiene problemas identificables en el uso del alcohol, pero no ha experimentado los síntomas graves de la abstinencia. La frecuencia de los bebedores problema se presenta en un número superior a los bebedores con dependencia severa, en una tasa que va de 3 a 1, hasta casi de 7 a 1 (Ayala, et. al, 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 (Colin, Garduño, 1996).

Debido a lo anterior se ha recomendado fortalecer acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo, al desarrollar una dependencia al alcohol, y en la instrumentación de intervenciones terapéuticas breves, capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, así como de aplicarse a una variedad de culturas, siendo de bajo costo.

Por otra parte, la recomendación de que las intervenciones que se lleven a cabo en un nivel de prevención secundaria sean de breve duración, se basa en numerosos estudios sobre la eficacia de las modalidades de intervención de larga duración e intensivas, que usualmente incluyen hospitalización del paciente. Estos estudios han encontrado que con la excepción de intervenciones breves y entrenamiento de autocontrol conductual, virtualmente todas las modalidades de tratamiento han probado ser inefectivas y de alto costo. La determinación de la efectividad en las intervenciones breves se relaciona principalmente con la reducción del patrón de consumo de alcohol en niveles moderados y en individuos con niveles bajos de dependencia (Ayala, 1998).

Este tipo de intervenciones surgió en los años setenta cuando se empezaron a buscar formas de identificar en etapas tempranas a personas que bebían en exceso a fin de proporcionarles un tratamiento de reducida complejidad para modificar su problemático patrón de

consumo. El concepto de intervención breve se ha utilizado desde entonces para describir las técnicas específicas que confrontan a las personas con problemas de consumo de alcohol y que las motivan para iniciar un tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud describe este tipo de intervención como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol riesgosa o destructiva con la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad - y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Dicha estrategia está dirigida particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física o complicaciones psicosociales mayores o severas.

Las intervenciones breves para conductas adictivas presentan en la actualidad las siguientes características: se restringen a un máximo de cuatro sesiones; en las que se proporciona consejo y apoyo para motivar a la persona a un cambio en su conducta de consumo de alcohol; así como la información necesaria para lograr que éste sea moderado; las realiza personal que no es especialista en tratamiento de adicciones; se proporciona a individuos que tienen problemas con su forma de beber; pero que no han sido diagnosticados con dependencia severa; la meta de la intervención es la moderación o la abstinencia (Ayala y Echeverría, 1998).

#### **Historia de las Intervenciones Breves.**

Aunque es hasta los años setenta cuando se empieza a dar mayor importancia a la efectividad de la intervención breve con bebedores problemas, años atrás ya se había hecho investigación respecto al tema; a continuación se describen algunos de estos estudios.

Davies en 1962 reportó la recuperación de adictos al alcohol en un estudio que se llevo a cabo en el Hospital Maudsley en Londres en donde se encontró que siete pacientes masculinos mostraron un consumo controlado de un total de 93 seguimientos. Todos los pacientes que habían sido tratados por adicción al alcohol antes de 1955 habían tenido un seguimiento de rutina por consulta externa, contacto de la trabajadora social y correspondencia con la familia. Después de examinar los casos de seguimiento de aquellos individuos que mostraron un consumo controlado estos fueron visitados en su domicilio y en algunos casos en el trabajo, se hicieron entrevistas específicas tanto a los familiares del paciente como al paciente mismo acerca de la historia de consumo desde que fueron dados de alta del hospital (Heather y Robertson, 1983).

Davies dejó claro que los pacientes en cuestión fueron contemplados como "adictos al alcohol", tal como los define el comité de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1951. En común con los otros pacientes, ellos mostraban el síntoma de pérdida de control. El tratamiento consistió en un paquete estándar de disulfiram, pláticas individuales con el paciente y trabajo social con la familia. Con respecto a la duración del consumo moderado, el periodo más corto antes del seguimiento fue de siete años y el más largo de 11 años. Aunque no se incluyó en el artículo original, posteriormente se reportó que los siete pacientes que habían logrado un período completo de abstinencia, oscilaban entre un período de unos entre pocos meses a un año antes de tener un consumo moderado. La frecuencia y significancia de estos periodos previos a la abstinencia son tópicos de interés en esta área de investigación. Davies no intento establecer ningún criterio riguroso para un consumo controlado o moderado, simplemente reporto que sus pacientes tendían a tomar "cuando mucho 3 cervezas cada tarde... y pequeñas cantidades en otros casos", solamente un consumo en Navidad, con las comidas o en un viaje en el extranjero. La mayor parte de la evidencia de la naturaleza peligrosa del consumo fue el hecho de

que ninguno de los pacientes había tomado de 7 a 11 años los cuales habían transcurrido desde la terminación del tratamiento. Se asumió que los pacientes que estaban preparados contra una posible recaída en un consumo excesivo de alcohol en episodios ocasionales de intoxicación, consideraban a la recaída como parte normal del comportamiento típico del bebedor. Además del propio comportamiento del bebedor, Davies consideró necesario un ajuste en los aspectos relacionados con el empleo, la familia y las relaciones interpersonales del paciente.

El trabajo de Davies y el de otros autores expertos en el tema ha sido severamente criticado y estas críticas se describen a continuación:

1. Varios comentarios enfatizan el hecho de que en muchos años de practica nunca se había encontrado a un "verdadero" alcohólico que hubiese recuperado el control en su consumo y que si los pacientes de Davies recuperaron el control sobre su consumo significaba que no eran verdaderos alcohólicos. Esser en 1963 menciona que la pérdida de control es una característica importante que define la adicción hacia el alcohol pero que esta se refiere a la incapacidad de detener el consumo después de la primera ingestión de alcohol, más que a la incapacidad de abstenerse de consumir en primera instancia, lo cual fue más prominente en los casos presentados por Davies. Davies respondió a las criticas partiendo de la definición de la OMS sobre la adicción al alcohol que no demanda la presencia de síntomas de retiro. La conclusión más importante acerca de este debate fue que de manera improbable los pacientes de Davies experimentaron síntomas de retiro independientemente de que se ajustaran o no a la definición de la OMS sobre adicción al alcohol y de que esta definición fuera o no útil.
2. Un segundo tipo de crítica fue que no se podía considerar a los pacientes de Davies como alcohólicos genuinos. Por ejemplo, Smith en 1963 sugiere que a diferencia de los bebedores sociales ordinarios, estos pacientes eran capaces de tomar la decisión de

detener su consumo de alcohol en el momento que ellos lo decidieran. Por su parte Davies asegura que los bebedores controlados tienen la necesidad de mantener una protección sobre su consumo excesivo de alcohol. Desde otro punto de vista, Kjolstad en 1963 afirma que los bebedores incrementan su consumo debido a la pérdida de control,

3. Otra crítica fue que el consumo moderado o controlado podía ser un preámbulo para las recaídas.
4. La última crítica hecha por los mismos autores que negaron que los siete pacientes fueran alcohólicos verdaderos, fue la insistencia de que el fenómeno del consumo moderado fue en palabras de Thimann en 1963 "una rareza de la bioquímica humana o de la psicopatología" y por lo tanto carecía de importancia teórica y clínica.

Es importante considerar evidencia recolectada más tarde en el Hospital de Maudsley, que se refería a que los siete pacientes descritos anteriormente tenían una adicción media al alcohol o no habían sido severamente afectados por este.

Otros estudios anteriores a Davies, importantes de mencionar son el de Wall y Allen que en 1944 realizaron un seguimiento en un tratamiento hospitalario, empleando a 19 pacientes a los que se les dio consejo antes del tratamiento, pero que tenían una motivación hacia el consumo de alcohol. Esta investigación se considera como un reporte temprano de los bebedores moderados, sin embargo fue necesario continuar observando el comportamiento que presentaban los bebedores. Harper y Hickson realizaron en 1951 un estudio con 84 pacientes del hospital de Crichton Royal en Dumfries, 16 de los pacientes presentaron una mejoría notable, se clasificaron en un grupo en el cual no habían consumido alcohol en un periodo mínimo de dos



años, este grupo incluía abstemios, pacientes que habían tenido sólo una recaída y pacientes que consumían alcohol en pequeñas cantidades. Con esta descripción se llegó a la conclusión de que estos pacientes se encontraban libres de daños (Heather y Robertson, 1983).

En Francia un estudio importante relacionado con esta perspectiva, es el de De Morsier y Feldman en 1952, ellos hicieron el seguimiento de 500 casos que habían sido tratados por cinco años con apomorfina. Los sujetos consumían ocasionalmente una copa de vino o una cerveza con las comidas y se asume que esto lo hacían porque tenían parecer excéntricos en el contexto de las costumbres de consumo en Francia. De Morsier y Feldman supusieron que el consumo social fue posible debido a que los pacientes tenían una concepción clara sobre los efectos dañinos del consumo de alcohol.

Lemere en 1965 analizó las historias de vida de 500 alcohólicos fallecidos y encontró que un 10% que había moderado su consumo hasta el último día de su vida no había tenido problemas por muchos años. En la mayoría de estos casos la moderación se había logrado incrementando intervalos largos de abstinencia entre consumos excesivos, pero en catorce casos el 3% del total de la muestra, el considerar la cantidad de alcohol y el grado de intoxicación fueron factores que permitieron la disminución del consumo convirtiéndolo en un consumo moderado.

Norvig y Nielson en 1956 realizaron un estudio en un hospital de Copenhague con pacientes alcohólicos hospitalizados que recibieron tratamiento y habían sido dados de alta de 3 a 5 años atrás. Haciendo un seguimiento encontraron un número muy alto de bebedores moderados. De 114 pacientes más de la mitad consumía alcohol ocasionalmente, en tanto que 37 pacientes permanecieron en total abstinencia. Sin embargo, 16 de los bebedores moderados reportaron

que continuaron con el uso de disulfiram de manera esporádica como una forma de control, desafortunadamente no hubo información acerca de las circunstancias que los llevaron a tomar esta precaución.

Norvig y Nielson concluyeron que es posible trabajar con alcohólicos siempre y cuando ellos se sientan capaces de volver al consumo moderado.

Pfeffer y Berger (1957) realizaron un seguimiento a 169 alcohólicos que fueron canalizados a un tratamiento de psicoterapia individual y de grupos ambulatorios. Pero sólo 60 pacientes cooperaron con el seguimiento, el cual se llevo acabo después de año de haber sido dados de alta los pacientes; 48 habían mantenido la abstinencia por lo menos durante un año, reflejándose un buen pronostico en pacientes con altos niveles de estabilidad laboral y disminución de algún tipo de patología.

El estudio que mejor resume el concepto y categorización de los bebedores moderados antes de la investigación de Davies es el realizado por Selzer y Holloway en 1957, estos autores describen a su muestra como pacientes adictos al alcohol y con un deseo incontrolable por la sustancia antes de ingresar a tratamiento. Ellos trabajaron principalmente a ex-alcohólicos y consideraron que el hecho de que los pacientes fueran capaces de regresar a un consumo social o no patológico parecía radicar en la teoría que tenían acerca de que un alcohólico no puede jamas llegar a ser un bebedor moderado.

Noventa y ocho alcohólicos que habían recibido tratamiento en un hospital de Michigan durante 1948/49 fueron contactados 6 años más tarde para un seguimiento. Se encontró que el 22% de los sujetos se mantuvo en abstinencia desde que fueron dados de alta, y que 16 pacientes (19%) consumieron pequeñas cantidades de alcohol en ciertas ocasiones. El éxito de la reducción en el consumo se atribuyo a que los sujetos aprendieron a evitar factores estresantes en el trabajo y a que mantuvieron contacto con profesionistas durante el tratamiento. La

principal crítica a este trabajo es que Selzer y Holloway no usaron datos más extensos para comparar previo al tratamiento las características de los abstemios y de los bebedores moderados (Heather y Robertson, 1984).

Existen ciertas evidencias que corroboran las investigaciones de Davies como el estudio de Kendall en 1965, quien a diferencia de Davies encontró que sin ningún tratamiento previo, los pacientes adquirirían habilidades para establecer límites en su forma de consumir alcohol. Describió cuatro casos de un grupo de 62 hombres y mujeres, los cuales habían sido canalizados por sus terapeutas o psiquiatras y no habían sido aceptados en el hospital para recibir tratamiento, por no considerarlos adecuados para este. Tampoco habían recibido algún tratamiento de consulta externo a excepción de una entrevista de evaluación inicial. A cada uno de los pacientes, Kendall les realizó una entrevista profunda y en algunos casos entrevistó a los cónyuges de los sujetos para obtener mayor información.

El artículo de Kendall es de gran importancia teórica porque es el primero en dar resoluciones claras de algunas de las ambigüedades del trabajo de Davies. En primer lugar, no hubo duda de que todos los sujetos habían experimentado problemas severos por su forma de beber, habían consumido grandes cantidades en períodos considerables de tiempo y habían experimentado daños en sus vidas, no existía la duda de que eran adictos al alcohol. Kendall notó que los cuatro casos mostraban una clara dependencia al alcohol, habían tenido intentos fallidos de reducir su manera de beber, mostraban un incremento en la tolerancia al alcohol y reportaban síntomas de alucinaciones visuales y auditivas. De esta manera, las críticas hechas a los casos de Davies en relación a la falta de evidencia sobre la adicción farmacológica no pudieron ser dirigidas en contra los casos reportados por Kendall. (Heather y Robertson, 1984).

Por otro lado, Bailey y Stewart en 1967, realizaron un estudio con sujetos que vivían en una comunidad de un suburbio en Nueva York. En la primera fase del estudio, evaluaron las dificultades de vida asociadas con el consumo de alcohol y en la segunda fase se evaluó la frecuencia y la cantidad de alcohol que consumían, en base a esto compararon el consumo presente y pasado y las razones de los sujetos para cambiar.

Este estudio permitió un avance en la investigación sobre los problemas relacionados al alcohol ya que estos autores fueron los primeros en emplear un criterio objetivo para el consumo moderado. Consideraron bebedores moderados a aquellos sujetos que consumían menos de dos veces por semana, no más de cinco copas o tres botes de cerveza por ocasión (Heather y Robertson, 1984).

Otra evidencia que corrobora los resultados de Davies es la investigación de Reinert y Bowen en 1968, estos autores entrevistaron a una muestra de 156 pacientes alcohólicos un año después del tratamiento hospitalario y encontraron que cuatro sujetos eran bebedores sociales. Est fue definido en base a un consumo más o menos regular de alcohol, en compañía de otras personas sin pérdida de control, llegando a emborracharse o teniendo problemas asociados previamente. Para Reinert y Bowen un bebedor normal consumía bebidas alcohólicas en ocasiones, con el conocimiento y la plena confianza de que antes de meterse en algún problema era posible evitar la necesidad de beber. En contraste, los bebedores controlados no se sentían seguros de sí mismos ya que habían aprendido a activar las experiencias de beber y se daban la oportunidad de consumir un poco de alcohol. Los bebedores controlados debían mantener un mayor cuidado ya que en ocasiones se convertían en personas obsesivas respecto al tiempo, lugar y circunstancias de beber.

Tres de sus pacientes ex-adictos al alcohol, fueron obviamente bebederos controlados por lo que Reinert y Bowen reportaron

cuidadosamente las circunstancias en las cuales ellos consumían alcohol. El no consumir solos y justo antes o durante las comidas son ejemplos de estrategias empleadas por estos pacientes.

Como un ejemplo final de las evidencias que corroboran los resultados de Davies se encuentra el trabajo de Rakkolainin y Turunen en 1969, en un intento de replicar el trabajo de Davies, estos autores examinaron las historias de 99 residentes masculinos en Turku, Finlandia, quienes habían muerto durante 1962-65 y habían sido arrestados al menos diez veces por borracheras durante su vida. Los resultados muestran que al final de su vida seis de los hombres habían sido bebedores controlados y dos habían sido abstemios, comparado con un total de 56 pacientes que habían continuado consumiendo sin control. Es importante mencionar que la muestra fue seleccionada en términos de un bajo nivel socioeconómico, baja estabilidad social y bajo grado de delincuencia desconectado con el consumo. En comparación con la muestra de bebedores controlados quienes probablemente tenían un empleo y estaban casados.

Otro estudio que es importante revisar es el elaborado por la Consejería Nacional de Alcoholismo en América, Pittman y Tate en 1969 hicieron un seguimiento a 255 pacientes, quienes fueron tratados por alcoholismo en un centro de desintoxicación. El objetivo de la investigación fue comparar pacientes dados de alta después del programa de desintoxicación con pacientes que aún permanecían en tratamiento. A pesar de que el 60% de los sujetos que permanecían en tratamiento y el 55% dados de alta reportaron una disminución en su consumo, Pittman y Tate dijeron que ellos habían observado pacientes que habían regresado a lo que podía ser llamado consumo moderado, caracterizado por largos periodos de abstinencia entre consumos severos e ingestión de pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas.

Dentro de los estudios acerca del consumo moderado del alcohol se encuentra el trabajo de Donald L. Gerard quién en 1962 describe y analiza el umbral de adaptación a la abstinencia alcohólica. Se encontró que un total de 55 pacientes habían sido completamente abstemios por al menos un año después de un tratamiento. Los resultados demuestran que 41 pacientes consumían alcohol sin tener consecuencias sociales. Posteriormente Gerard y Saenger en 1966 elaboraron un estudio para analizar el cambio del consumo moderado a la abstinencia, ellos consideraron que la psicoterapia es una opción muy útil para el cambio del comportamiento aunado a un cambio emocional. Para Gerard y Saenger es importante una evaluación adecuada con la finalidad de alcanzar las metas planteadas en cuanto al consumo de alcohol, por ello los autores plantean cinco puntos importantes de considerar dentro del proceso terapéutico:

1. Decremento de la salud física por el consumo excesivo.
2. La presencia de cambios en el estilo de vida (cambio de casa, de ciudad, etc.).
3. Satisfacción en necesidades de dependencia (por ejemplo la satisfacción puede resultar del matrimonio con una pareja autoritaria acompañado de una mejoría radical en los hábitos de consumo.
4. La capacidad de auto-control fundamentado en el cambio de las concepciones sobre el alcohol. Esta parte es fundamental para la adaptación al nuevo estilo de vida.
5. Múltiples influencias, la combinación de todos los factores pueden influir en el cambio del consumo.

Schuckit y Winokur en 1972 realizaron una investigación mediante un seguimiento con mujeres alcohólicas después de dos años de haber estado en un hospital psiquiátrico. Cuarenta y cinco 45 mujeres mencionaron haber tenido buenos resultados después del tratamiento, puesto que se habían mantenido libres de alcohol y habían presentado

problemas mínimos en un periodo de un año, después de que fueron dadas de alta. Once de veinticuatro mujeres explicaron que tuvieron buenos resultados pero regresaron a un consumo social. A través de estas cifras se encontró que las mujeres tienen mejor control de su consumo moderado y/o abstinencia, puesto que no consideran necesario el alcohol en su vida (Heather y Robertson, 1984).

En un estudio realizado por Pokorney, Miller y Cleveland en 1968, se entrevisto a 88 alcohólicos un año después de haber sido dados de alta, y veinte pacientes (23%) reportaron un consumo social. El número de los bebedores moderados puede ser comparado con el 25% de los abstemios. Esta misma proporción se presento en un tratamiento intensivo de psicoterapia grupal en la cual se enfatizaba la necesidad de mantener la abstinencia principalmente para la rehabilitación de los alcohólicos.

Fitzgerald, Pasewark y Clark en 1971 encontraron en un estudio con 117 pacientes alcohólicos, un 32% que mostró un buen control en su consumo y esto puede compararse con un 34% que mostró también un control adecuado pero sin consumir alcohol. Este estudio es importante por su intervalo de seguimiento de cuatro años y porque los autores concluyen que la completa abstinencia no es esencial para tener una adaptación satisfactoria después del tratamiento (Heather y Robertson, 1984).

Para finalizar esta revisión encontramos el estudio de Van Duck y Van Duck Koefeman en 1973, quienes hicieron una distinción entre bebedores moderados "esporádicos" y "frecuentes", en su estudio de tratamiento para adictos al alcohol en Holanda. De 2 a 5 años después del tratamiento, 16 pacientes (8%) resultaron ser bebedores moderados "esporádicos" y solo se encontró 4 bebedores moderados "frecuentes".

Por otro lado Kish y Hermann en 1971 encontraron en una muestra de 173 alcohólicos que un 18.5% podía ser catalogado como bebedores ocasionales comparado con 7.5% que eran bebedores regulares y que no reportaban daños por el consumo.

Aunque no se minimiza la importancia de los hallazgos en años anteriores con respecto a las intervenciones breves es hasta los años setenta cuando se da un mayor realce a las evaluaciones de la efectividad de la intervención con bebedores problema.

Dentro de estas primeras investigaciones destaca el trabajo de Kristenson y colaboradores, en una pequeña región de Suecia en donde trabajaron con una muestra de 585 sujetos seleccionados al azar para recibir una intervención breve, se les midió la enzima del hígado GGT (Gama Glutamil Transpeptidasa) que es sensible al consumo severo de alcohol. La intervención tenía como objetivo la moderación del consumo. Aunque los grupos no mostraron diferencias significativas en el pre-estudio, el grupo de la intervención breve mostró una gran reducción en el GGT, teniendo menos hospitalizaciones y un porcentaje de la mitad en mortalidad después de 6 años de seguimiento a diferencia del grupo control (Bien y Tonigan, 1993).

Otra investigación es realizada en Francia en 1970, donde el Ministerio de Salud apoyó un programa de clínicas de consulta externa para realizar intervenciones breves a bebedores problema, como parte de un proyecto de alcance nacional. Aunque no se realizó una evaluación con un grupo control destacó el bajo costo, la accesibilidad y la aparente efectividad al atender a un amplio número de bebedores problema.

Estudios en varios países han evaluado la efectividad de las intervenciones breves.



Chick, Lloyd & Crombie en 1985 identificaron 161 bebedores problema de un grupo de 731 pacientes, que no tenían un tratamiento previo, pero contaban con algún grado de apoyo social. Estos pacientes recibieron una sola sesión de consejo respecto a su consumo de alcohol. Al año de seguimiento, el grupo de consejo breve mejoró en sus problemas físicos y en personales, en comparación con el grupo que no recibió tratamiento, aunque ambos grupos no se diferenciaron en su consumo de alcohol reportado (Bien y Tonigan, 1993).

En Inglaterra y Escocia, Wallace, Cutler & Haines investigaron en 1988 el efecto del consejo para reducir el consumo de alcohol, llevado a cabo por un practicante general médico a pacientes con un consumo severo (286 mujeres y 641 hombres).

Tanto hombres como mujeres fueron seleccionados aleatoriamente para recibir consejo y se encontraron reducciones significativas en su consumo de alcohol al año de seguimiento. Los hombres a diferencia de las mujeres mostraron reducciones significativas en GGT y en la presión de la sangre (Bien y Tonigan, 1993).

Persson y Magnusson en 1989 identificaron a pacientes suecos en riesgo de problemas de alcohol entre una población somática ambulatoria por medio de cuestionarios y elevaciones de GGT, excluyeron previamente aquellos que habían sido tratados por problemas de alcohol, con dependencia severa y aquellos que usaban otras drogas. De los 78 sujetos identificados, 36 fueron asignados aleatoriamente para recibir consejo con el fin de reducir su consumo de alcohol, además de que recibieron consultas mensuales de una enfermera y visitas trimestrales de un médico. Los 42 sujetos del grupo control no recibieron entrevistas hasta el año de seguimiento. El grupo de intervención breve mostró un decremento significativo en los análisis pre-post en el consumo (GGT triglicéridos) y en el número de días

enfermos, mientras que el grupo control incremento su número de días de enfermedad durante el año siguiente.

Anderson y Scott en 1992 trabajaron pacientes femeninos que habían consumido más de 210 g (9 oz) de alcohol por semana y pacientes masculinos que habían consumido más 350g (15 oz). Los participantes fueron asignados de manera aleatoria para no recibir tratamiento o bien para recibir 10 minutos de consejos generales para reducir su consumo de alcohol, además de retroalimentación de una evaluación y un folleto de auto-ayuda para resolver su problema. Al un año del seguimiento, los hombres que tomaron los 10 minutos de consejos mostraron una gran reducción de 65g (2.8 oz) en su consumo semanal en comparación con el otro grupo. Las mujeres de ambos grupos mostraron una reducción significativa en el consumo, sin tener diferencias entre los grupos (Bien y Tonigan, 1993).

Pacientes masculinos de una clínica de hipertensión inglesa fueron estudiados debido a su consumo severo de alcohol (menos de 200g por semana) y fueron seleccionados aleatoriamente 45 pacientes para recibir o no consejo médico para disminuir su consumo de alcohol. Al final de 8 semanas, durante las cuales ambos grupos fueron vistos 5 veces se encontró que los sujetos que recibieron consejo mostraron una reducción significativa en su consumo de alcohol, GGT y presión de la sangre.

Una de las investigaciones más grande acerca de la intervención breve, es la que realizó un equipo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los investigadores Babor y Grant en 1986 estudiaron a más de 32,000 pacientes en centros generales para el cuidado de la salud de 10 naciones: Australia, Bulgaria, Costa Rica, Kenya, México, Norway, la Unión Soviética, USA, Wales y Zinmbawe. En ocho lugares se identificaron 1490 bebedores en riesgo quienes recibieron una

entrevista sobre salud por 20 minutos, 5 minutos de consejo, o un consejo adicional de 15 minutos y un manual de auto-ayuda.

Por otro lado, en 5 de los lugares, se incluyó un cuarto grupo que se caracterizó por habersele ofrecido tres sesiones más de apoyo. A los 9 meses de seguimiento se encontró una gran consistencia entre los lugares. Aquellos sujetos que no recibieron la intervención breve (incluyendo el grupo que recibió 5 minutos de consejo) mostraron en promedio una tercera parte de reducción en su consumo de alcohol, lo que es un cambio significativamente importante observado en el grupo control que fue estudiado pero que no recibió consejo. Cabe destacar que los resultados de los grupos de intervención breve fueron diferentes a los del grupo control pero únicamente en pacientes masculinos, en comparación con las mujeres quienes mostraron una reducción en su consumo después del estudio con o sin consejo.

En México, en 1993 se inició un programa de investigación en el que participaron 11 países bajo la supervisión de la Organización Mundial de la Salud, con el fin de evaluar la eficacia de este tipo de intervenciones en centros de atención de primer nivel. Los pacientes identificados como bebedores en riesgo fueron asignados en forma aleatoria a uno de cuatro grupos de intervención: control, consejo sencillo, manual de información y seguimiento o monitoreo. A los seis meses se citó a todos los pacientes para estimar los cambios en su forma de beber, tomando en cuenta dos variables: la cantidad consumida en el último mes y la ingerida en la ocasión que más consumo. Los resultados mostraron un efecto positivo (disminución del consumo), aunque de magnitud moderada, lo cual señala la potencialidad de este tipo de intervención en nuestro país (Ayala y Echeverría, 1998).

## LA TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y SU APORTACION A LAS INTERVENCIONES BREVES EN EL AREA DE LAS ADICCIONES.

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 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 posibilidad 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 tratamiento "efectivo y menos restrictivo" que esta diseñado para ayudar al bebedor a controlar su consumo (Sobell y Sobell, 1993).

Este programa implica la **Prevención Secundaria** dado que su objetivo es atender a las personas que comienzan a tener problemas con su consumo de alcohol para facilitar un proceso de aprendizaje hacia la moderación o la abstinencia sin esperar llegar hasta la dependencia severa al alcohol y la rehabilitación.

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 dependan 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 autocambio porque los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo con los límites razonables y contraindicaciones medicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado de tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si ésta es establecida únicamente 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.

1. Involucrar al usuario en la planeación del tratamiento resulta esencial para desarrollar un plan útil y significativo por las siguientes razones:
  - a) El usuario puede proporcionar a su terapeuta información valiosa acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con la cual las diversas estrategias de tratamiento pueden ser implementadas.
  - b) En la etapa inicial de tratamiento, la inclusión del usuario puede facilitar su participación constante.
  - c) 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 escalonamiento de progreso hacia la meta a largo plazo.
2. Las interacciones usuario-entorno, sugieren que ciertos factores de entorno son determinantes para obtener resultados exitosos.

La literatura especializada señala que un entorno de apoyo social está asociado con resultados positivos, así como la planeación del tratamiento considera que los factores del 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.

3. La utilización de los recursos del usuario se refiere al desarrollo de metas de tratamiento basadas en tales recursos, que permiten edificar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales.

Con este propósito Taylor y cols. en 1982 señalan que se debe acumular información evaluativa acerca de:

- a) *Las maneras en las cuales la persona funciona bien actualmente o en las cuales ha funcionado bien previamente.*
  - b) Recursos interpersonales (por ejemplo: habilidades de afrontamiento) y redes de apoyo social (por ejemplo: cónyuge, amigos, relaciones).
  - c) Agencias y otras profesiones de ayuda que podrían emplearse en la planificación del tratamiento y su seguimiento después del tratamiento.
  - d) La responsabilidad del usuario al tratamiento.
4. 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 proporciona un esquema para evaluar el plan de tratamiento.

5. 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. Las estrategias para incrementar la motivación incluyen:
  - a) Cambio en el consumo.
  - b) Establecimiento de metas, definiendo objetivos específicos y alcanzables.
  - c) La utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.
  
6. Proceso de recaída y recuperación. Este componente incorpora al tratamiento la prevención de recaídas que enfatiza:
  - a) La identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones.
  - b) El entrenamiento del usuario para tratar constructivamente las recaídas que pueden ocurrir para minimizar consecuencias adversas.
  - c) El enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante.
  
7. Terminación del Tratamiento. El principio de moldeamiento 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 de intersesiones, proporciona un criterio con base en la ejecución para dar por terminado el tratamiento en este modelo resulta de la decisión mutua del terapeuta y el usuario.

Para ingresar al tratamiento se deben considerar los siguientes criterios de preselección:

- Mayor de 18 años, menor de 65 años.
- 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 acudir a otro tratamiento de salud mental.

Sesiones de Tratamiento.- El programa contempla una admisión, una evaluación y cuatro sesiones de tratamiento individuales, además de sesiones adicionales si se requieren y sesiones de seguimiento a 1, 3 y 6 meses.

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo así como las consecuencias relacionadas con 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 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 estas 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 acabo 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.

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 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, de la cual se hablará en el siguiente capítulo.

### III. FUNDAMENTOS TEORICOS.

El Programa de Auto-cambio Dirigido para bebedores problemas se basa en una aproximación fundamentalmente psicológica para la comprensión del problema del consumo excesivo del alcohol así como para su prevención y tratamiento, dicha aproximación es la Teoría del Aprendizaje Social (Blane y Leonard 1987), en la cual descansa una investigación experimental realizada a lo largo de varias décadas a nivel internacional y de la cual se hablará a continuación.

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. 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 y señala que la conducta debe estudiarse y explicarse adecuadamente con sólo observar variaciones simultáneas entre las conductas y las disposiciones personales y ambientales a través del tiempo (Blane y Leonard 1987).

Bandura dice que 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 repetido de estímulos y respuesta. La teoría asigna prominencia a lo cognoscitivo – “factores personales” – al explicar el aprendizaje y la conducta.

La Teoría del Aprendizaje Social a diferencia de las concepciones tradicionales que consideran a las adicciones como parte de un proceso de enfermedad, mantiene una visión de que las conductas adictivas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos y el considerar al comportamiento adictivo como

patrones de hábito adquiridos, presupone que estos pueden ser modificados a través de nuevas situaciones de aprendizaje.

El modelo de aprendizaje social también reconoce a 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 cognoscitivas, tales como anticipación, expectación, memoria acerca de la historia del abuso y modelamiento. Todas estas acciones juegan un rol primario como determinantes de la conducta. Un individuo elige beber alcohol para obtener resultados específicos pero también puede elegir otra conducta más adaptativa o menos dañina para lograr sus objetivos.

Las perspectivas del aprendizaje social enfatizan la importancia de habilidades de afrontamiento que pueden enseñarse a las personas para que no necesiten depender de las drogas.

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

#### PRINCIPIOS IMPORTANTES DE LA TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL CON RELACION AL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL.

1. Aprender a beber 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 de 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 dependencia del alcohol.

2. Factores predisponentes de las diferencias individuales pueden interactuar con la influencia de agentes socializantes y situaciones que determinan patrones iniciales de consumo de alcohol. Estas diferencias individuales pueden ser biológicas y/o psicológicas por naturaleza, y pueden ser heredarse y/o adquirirse. 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 consumo excesivo pueden también resultar un riesgo para abusar del alcohol.
3. Experiencias directas con el alcohol llegan a incrementar en forma importante el desarrollo y experimentación del continuo de alcohol. El uso continuo de alcohol 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 causas 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 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 para enfrentarse con las demandas de una situación o resultado del alivio de consecuencias aversivas.

La probabilidad de que continúe consumiendo es alta si un individuo es incapaz de aprender a desarrollar alternativas 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 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 efecto 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 afrontamiento, b) baja auto-eficacia de conductas alternativas de afrontamiento, c) altas expectativas de resultado de que el alcohol producirá los efectos deseados y d) minimizar las consecuencias negativas de su consumo a largo plazo. Dependiendo de la severidad de las demandas ambientales, la disponibilidad del alcohol y el repertorio de las habilidades alternativas de afrontamiento, pueden ocurrir episodios de consumo excesivo. En el consumo normal el individuo asume que tiene un adecuado Autocontrol 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 de alcohol es mantenido, 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 esto, 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, y realiza un consumo continuo durante un buen tiempo, incrementa el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica. El consumo de alcohol puede ser reforzado negativamente por evitación de síntomas de abandono asociados con periodos agudos de abstinencia. La dependencia psicológica puede también motivar el abuso de alcohol. El individuo depende del alcohol, como el único método de enfrentarse a 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 cognoscitiva experimentada como un fuerte deseo o urgencia por beber).

7. El abuso de alcohol, no resulta únicamente de 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 de consecuencias sociales indeseables como agresividad, pérdida de empleo, divorcio. El bebedor problema severo o el alcohólico se queda solo o con pobres modelos de consumo (otros compañeros bebedores) y con un limitado e inflexible conjunto de métodos alternativos de afrontamiento.

Debido a esto, el Determinismo recíproco predice que las reacciones de otros en el ambiente (para evitar el alcohol) también resultará en incremento de estrés, pérdida de apoyo social y más adelante un decremento en la auto-eficacia y en la capacidad de afrontamiento. Por ello, la pérdida de apoyo social se dirige hacia una dificultad incrementada de afrontamiento con estresores ambientales, los cuales, cada uno a su vez, resultarán en consumo con alivio a corto plazo pero después como pérdida de apoyo social. Un círculo vicioso de personas negativas -interacciones ambientales son producidas. Las consecuencias negativas son recíprocamente mantenidas hasta que alcanzan un punto de crisis, como cuando el alcoholismo es suficientemente severo para que intervengan otras instituciones (policía, sistema medico, 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 de consumo de alcohol; de la abstinencia a un consumo social controlado, a través de problemas de consumos 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 un alcohólico (personalidad no alcohólica, marcador genético simple o estresor ambiental) y una progresión no 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 sujetos a los mismos principios del aprendizaje social.

9. El individuo debe adquirir alternativas prácticas y exitosas de habilidades intra e interpersonales para desarrollar niveles de autoeficacia lo suficientemente altos para resistir las situaciones demandantes. El individuo debe 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 permitan una mejor toma de decisiones acerca del uso del alcohol y deben ser remplazadas por un conjunto de expectativas más balanceado incluyendo las consecuencias negativas a largo plazo.

Aquellos sujetos con problemas de consumo particularmente severo y predispuestos a factores de riesgo serian probablemente mejores candidatos para tomar una decisión de abstinencia. Otros individuos pueden experimentar sólo episodios problemáticos de consumo. Algunos pueden ser capaces de recurrir al consumo controlado 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 en el uso de alcohol es que el consumo responsable de alcohol depende de la autorregulación cognoscitiva en un mundo estresante.

## RECAÍDA Y SITUACIONES DE RIESGO.

Dentro del área de tratamiento de adicciones un término muy común es el de *recaída*. Definiciones comunes de este término son; "tratamiento fracasado", "regreso a la enfermedad", "fracaso y culpa" y "derrumbamiento" (Blane y Leonard, 1987). Estas asociaciones se reflejan en una de dos definiciones de recaída que da el Webster's New Collegiate Dictionary (1983): "una recurrencia de síntomas de una enfermedad después de un período de mejoría". Esta definición corresponde a la opinión dicotómica del tratamiento fomentado por el modelo de enfermedad: uno que la persona se ha "curado" (o que los síntomas están en remisión) o que ha "recaído" (reincidencia). Estos conceptos han formado parte de la práctica normal en el campo de las adicciones considerando algún uso en programas de tratamiento orientados a la abstinencia de drogas como un indicador de recaída. Esta es una de tantas perspectivas que son el reflejo en su mayoría de los resultados del tratamiento tradicional de la literatura, donde se han reportado casos con éxito (ej. mantenimiento de la abstinencia) o fracasos (alguna violación de la abstinencia). La recaída se ve entonces como el estado final: el fin del camino, el fin, o la muerte.

Existen varios problemas con esta aproximación pesimista de la recaída. Si la dicotomía "blanco-negro", "recaída-abstinencia" se asimila por el individuo durante el tratamiento, probablemente se establecerá una expectativa que conducirá a que se cumpla la profecía de los grupos A.A. en la que cualquier violación de la abstinencia llevará el péndulo al extremo de la recaída. En un lado de esta oscilación se

encuentra el extremo del control absoluto o la represión total; en el otro extremo esta la pérdida de control o el consentimiento total. Otro problema con la definición tradicional de recaída es su asociación con el regreso al estado de enfermedad.

La causa de la recaída se atribuye usualmente a factores internos asociados con la condición de enfermedad. Conductas asociadas con la recaída se equiparan con la emergencia de los síntomas señalando la reactivación de la enfermedad subyacente, tal como el experimentar fiebre y frío sirven como un signo de recaída en la malaria. Este énfasis de la casualidad interna lleva implícito el mensaje de que *no hay mucho que se pueda hacer* con del brote de los síntomas; ¿Cómo puede uno evitar escapar de la fiebre?. Este punto de vista tiende a ignorar la influencia de factores situacionales y psicológicos como determinantes potenciales en el proceso de recaída. Además refuerza la noción de que el individuo que experimenta una recaída es víctima de las circunstancias que están fuera de su control.

De acuerdo a algunos teóricos tradicionales, la recaída es el resultado de "fuerzas negativas" que pueden abrumar al individuo el cual ha perdido contacto con una influencia protectora de "alto poder" (Marlatt & Gordon, 1980).

Existe otra aproximación para el problema de recaída, y se refleja en la segunda definición del Webster's New Collegiate Dictionary (1983): "Recaída es el *acto o el caso* de reincidir, empeorar o hundirse". Las *itálicas* se agregan para enfatizar que la recaída puede verse como un *acto único* de ir hacia atrás: un único error, o un resbalón. Una mejor palabra que refiera la ocurrencia singular de la conducta en cuestión (ej. el primer trago o cigarro seguido de un período de abstinencia) puede ser el término *desliz*. El mismo diccionario define "desliz" como "un pequeño error o un resbalón... una caída transitoria de un estado alto a uno bajo".

Uno puede pensar en un patinador en una competencia, el cual tropieza y cae en el hielo. Si el patinador se levanta de nuevo y continua patinando depende mucho de si la caída se ve como un desliz o una recaída, - como una equivocación o error único o como una indicación de fracaso total. Si se permite que los errores ocurran (opuesto a ver el desliz como un síntoma de deterioro) uno puede ser capaz de evitar la oscilación en los extremos en los cuales el individuo se percibe como un control (haciendo frente) o fuera de control (caerse). A diferencia de estas concepciones tradicionales sobre la recaída, la Teoría del aprendizaje social de Bandura y el Modelo de Prevención de Recaídas ven a la recaída como un proceso de transición, como una serie de eventos que pueden o no ser seguidos por el retorno a los niveles de la línea base de la conducta blanco (Marlatt y Gordon, 1980).

Es de interés considerar que el origen del término recaída viene de la palabra latina *relabi*, la cual significa "deslizamiento o regresar atrás". Sin embargo no todas las caídas dan como resultado una recaída, ya que en algunos casos, en realidad obtenemos un beneficio de esta. Como el caso de un niño que esta aprendiendo a andar en bicicleta algunas veces se beneficiará de un resbalón o de una caída (por ej. él aprenderá a usar los frenos antes de intentarlo de nuevo).

De esta forma, la recaída se considera parte del proceso natural de recuperación. Y el proceso de recaída se justifica por el hecho de que *podemos aprender mucho de nuestros errores. Mejor que verse como una indicación de fracaso, la recaída puede verse optimistamente como un reto, una oportunidad para que ocurra un nuevo aprendizaje.*

Asociado al término de recaída, están las Situaciones 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 y que incrementa el riesgo potencial de una recaída* (Biane y Leonard, 1987).

En un análisis reciente de 311 episodios iniciales de recaídas en clientes con una variedad de conductas (consumo de alcohol, tabaquismo, adicción a la heroína, juego compulsivo, y sobrepeso) los investigadores identificaron que existen 3 situaciones primarias de "alto riesgo" que están asociadas con 3/4 partes de las recaídas reportadas (Cummings, Gordon, & Marlatt, 1980, citado en Marlatt y Gordon, 1980). A continuación se presentan dichas categorías:

- **Estados Emocionales Negativos** (35% de las recaídas de la muestra): Situaciones en las cuales el individuo experimenta un estado emocional negativo (desagradable), humor o sentimientos tales como frustración, enojo, ansiedad, depresión o aburrimiento, que son previos al tiempo en que ocurre la primera recaída.
- **Conflictos Interpersonales** (16% de las recaídas): Situaciones que involucren un conflicto reciente relativamente prolongado asociado con cualquier relación interpersonal, tal como el matrimonio, amistad, miembros de la familia, o relaciones laborales. Las discusiones y confrontaciones interpersonales ocurren frecuentemente en esta categoría.
- **Presión Social** (20% de las recaídas): Situaciones en las cuales el individuo está respondiendo a la influencia de otra persona o grupo que ejercen presión en el individuo para obligarlo a hacer la conducta prohibida. La presión social puede ser directa (contacto directo interpersonal como persuasión verbal) o indirecta (p.e. estar en la presencia de otros individuos que tienen la misma conducta problema, involucra inclusive presión no directa).

En el análisis de los episodios de recaídas (Cummings, Gordon, & Marlatt, 1980, citado en Marlatt y Gordon, 1980) encontramos que hay más similitudes que diferencias en las categorías de las recaídas a

través de varias conductas adictivas estudiadas. Estas 3 situaciones de "alto riesgo" se asocian frecuentemente con recaídas, a pesar del problema particular involucrado (consumo de alcohol, tabaquismo, adicción a la heroína, juego compulsivo y sobrepeso).

Estos resultados nos llevan a apoyar la hipótesis de que existe un mecanismo común subyacente al proceso de recaída diferente a las conductas adictivas.

Si el individuo es capaz de ejecutar efectivamente habilidades de afrontamiento cognitivas o conductuales en una situación de "alto riesgo" (p.e. es capaz de contrarrestar asertivamente la presión social) la probabilidad de la recaída decrementa significativamente. El individuo que enfrenta exitosamente la situación es probable que experimente un sentido de dominio o una percepción de control.

El dominio exitoso de una situación problemática frecuentemente se asocia a la expectativa de ser capaz de enfrentar exitosamente el próximo evento de reto. La expectativa de ser capaz de enfrentar con éxito la situación de "alto riesgo" se asocia con la noción de Auto-eficacia definida por Bandura en 1977 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 (Marlatt y Gordon, 1980).

El interés de Marlatt por buscar factores situacionales asociados con datos de recaída, lo llevó a investigar la efectividad de la aversión eléctrica como un tratamiento para el alcoholismo. En este estudio se sometió a 65 hombres alcohólicos a un programa de condicionamiento aversivo con choques eléctricos como estímulos aversivos, las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en un bar simulado y se realizaron evaluaciones de 3 a 15 meses después de su salida del hospital (Marlatt y Gordon, 1980).

Los resultados mostraron que el programa de Condicionamiento produjo un decremento significativo en el consumo de los 3 meses siguientes comparado con aquellos sujetos que no recibieron tratamiento pero estas diferencias tendieron a fracasar en los siguientes 15 meses, lo que mostró que se necesitaba agregar un ingrediente "extra" al programa para aumentar y mantener los efectos obtenidos del tratamiento.

Aparentemente este ingrediente "extra" puede ser una observación cuidadosa de los datos de la recaída en aquellos pacientes que comenzaran a consumir nuevamente durante el periodo siguiente.

La información acerca de las circunstancias precipitadoras de la recaída fue poca y los resultados de este tratamiento se evaluaron de manera binaria simple: el paciente se abstuvo o recayó.

La poca literatura disponible acerca de la recaída, sugirió que esta resultó de una necesidad interna compulsiva o un deseo por el alcohol experimentado con el alcohólico en abstinencia.

Mardones en 1955 definió este anhelo o antojo como "un deseo urgente e irresistible por tomar bebidas alcohólicas". A pesar de que el anhelo (antojo, deseo), ha sido descrito como un deseo por experimentar el alcohol por un alcohólico que sufre la retirada seguida a un consumo prolongado sugiere que el deseo es un factor que precipita la experiencia del primer consumo en un alcohólico abstinentes.

Además de la literatura teórica sobre el deseo como un determinante de la recaída, sólo pocos estudios han examinado realmente el proceso de recaída en los alcohólicos. En un estudio de situaciones de recaída en alcohólicos tratados con terapia aversiva, Burt en 1974 reportó que cerca del 80% de la muestra (30 hombres y 4 mujeres) tomaron su primer trago en una situación que difería de su preferencia de consumo establecida antes del tratamiento, pero no detallaba descripciones de esos escenarios que sé dieron en el estudio. Hore en 1972 hizo un

seguimiento con un grupo de 72 pacientes alcohólicos que recibieron tratamiento en una clínica de consulta externa por periodos de 6 meses. Él intentó relacionar recaídas en este grupo con eventos significativos de su vida reportados por los pacientes en el mismo período de tiempo. Hore analizó los eventos de su vida y les asignó las siguientes categorías: interacción personal, o perturbaciones emocionales en una relación (33%); eventos que involucran cambios en la salud del paciente o miembros de su familia (20%); y eventos que involucran cambio de residencia (13%). El deseo físico no se menciona como un determinante principal en el análisis de recaída de Hore (Marlatt y Gordon, 1980).

En un estudio de terapia aversiva Marlatt en 1973 se interesó en el proceso de recaída en pacientes alcohólicos como una fuente de información referente a la generalización de los efectos del tratamiento. Específicamente, Marlatt quería saber si los pacientes que habían recaído tomando su primer trago en una situación difería al ambiente del tratamiento (taberna simulada), y si la primera bebida consumida por el alcohólico era la misma o era diferente de la usada en el tratamiento aversivo. La terapia aversiva puede tener una aplicación limitada si los efectos se restringen para bebidas específicas y escenarios usados en el tratamiento inicial (ej. Si el paciente ha desarrollado una aversión a tomar whisky en el escenario de la taberna, pero no ha experimentado dificultades al tomar vino en un restaurante). Con esta racionalización en mente, se obtuvieron descripciones muy detalladas de episodios de recaída de pacientes con entrevistas.

Se hizo un intento para determinar las circunstancias exactas de la situación asociada con el episodio del primer trago, incluyendo información acerca del escenario físico, hora del día, presencia o ausencia de otras personas, tipo de bebida consumida, una descripción de cualquier evento interno (subjetivo) o externo (ambiente) ocurrido en un período general de tiempo, y los sentimientos y emociones del

paciente el día de la recaída. La descripción de los episodios de la recaída se clasificó en categorías independientes definidas operacionalmente.

Adicionalmente, Marlatt estudio episodios de recaída que involucraban otras conductas adictivas, analizó 137 episodios de recaída divididos en 3 muestras: alcohólicos, adictos a la heroína y fumadores, todos ellos con un seguimiento en un programa orientado a la abstinencia (Marlatt y Gordon, 1980).

En una segunda investigación sobre el proceso de la recaída (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980, citado en Marlatt y Gordon, 1980), y que fue continuación de la primera, se agregaron 174 episodios más de recaída (n=311) incluyendo algunas mujeres de un programa de control de peso y algunos hombres miembros de Jugadores Anónimos (J.A. un programa nacional de auto-ayuda para jugadores). La descripción de los episodios de recaída se solicitaron en cada seguimiento. Se entrevisto a cada persona para que proporcionara la fecha y hora de la recaída, el escenario físico donde tuvo lugar y si fue en presencia o ausencia de otras personas.

Además se hicieron las siguientes preguntas para recabar información de posibles determinantes del episodio de recaída:

1. ¿Cuál es la principal razón por la cual toma el primer trago (o cigarro, etc.)?
2. Describa los pensamientos íntimos (interiores o sentimientos emocionales, cosas dentro de usted como persona) que precipitaron el que usted necesitara o deseara el primer trago en esa ocasión.
3. Describa cualquier circunstancia en particular o escenario de un evento, cosas que le hayan ocurrido en la calle, que precipitaran que necesitara o deseara el primer trago en esa ocasión.



Se asignaron dos categorías principales: la primera categoría fue *Determinantes Intrapersonales-Ambientales* (Categoría I), usada cuando el episodio de recaída involucra una respuesta para fuerzas principalmente intrapersonales, siendo de naturaleza física, psicológica, o eventos ambientales que no incluyen personas. El énfasis de estos eventos precipitadores en los cuales otras personas o grupo del individuo no se mencionan se considera un factor significativo. La segunda categoría, *Determinantes Interpersonales* (Categoría II) incluye cualquier episodio de recaída que involucra la influencia significativa de otros individuos (ej. discusión con la pareja, presión social, fiestas, celebraciones, etc.).

La Figura 9 muestra el porcentaje de episodios de recaída incluidos en 8 categorías principales (5 categorías intrapersonales y 3 interpersonales) de un total de 311 episodios de recaída, descritos por alcohólicos, fumadores, adictos a la heroína, jugadores y comedores compulsivos.

Figura 9. Análisis de las Situaciones de Recaída con Alcohólicos, Fumadores, Adictos a la heroína y Jugadores y Comedores Compulsivos.

Situación de Recaída.	Alcohólicos (n=70)	Fumadores (n=64)	Adictos a la heroína (n=129)	Jugadores (n=19)	Comedores Compulsivos (n=29)	Total
<b>Determinantes Intrapersonales</b>						
Estados Emocionales Negativos.	38%	37%	19%	47%	33%	35%
Estados Físicos Negativos.	3%	2%	9%	-	-	3%
Estados Emocionales Positivos	-	6%	10%	-	3%	4%
Probando Autocontrol	9%	-	2%	16%	-	5%
Urgencia y Tentación	11%	5%	5%	16%	10%	9%
<b>Total</b>	<b>61%</b>	<b>50%</b>	<b>45%</b>	<b>79%</b>	<b>46%</b>	<b>56%</b>
<b>Determinantes Interpersonales</b>						
Conflictos Interpersonales	18%	15%	14%	16%	14%	16%
Presión Social	18%	32%	36%	5%	10%	20%
Estados Emocionales Positivos	3%	3%	5%	-	28%	8%
<b>Total</b>	<b>39%</b>	<b>50%</b>	<b>55%</b>	<b>21%</b>	<b>52%</b>	<b>44%</b>

A continuación se describen cada una de estas categorías:

**Afrontamiento de Estados Emocionales Negativos.**

Las recaídas ocurren frecuentemente cuando el individuo está perturbado emocionalmente. Sentimientos como enojo, tristeza, aburrimiento, depresión, culpa y aprehensión sobre algunos eventos próximos, se incluyen en esta categoría. En algunos casos estos sentimientos son provocados por eventos ambientales no personales o por una serie de eventos (ej. un alcohólico toma su primer trago después de que no pudo encender su carro una mañana de un frío invierno, él reporto haberse sentido enojado y disgustado por no haberse presentado el primer día en su trabajo).

Dos subcategorías se incluyen en esta categoría: Afrontamiento de la frustración y/o enojo y afrontamiento de otros estados emocionales negativos.

**Afrontamiento de Estados Físico-Psicológicos.**

Esta categoría se incluye para valorar el rol de la retirada física o el deseo por la sustancia para aliviar síntomas desagradables asociados a mitigar el dolor. Una subcategoría se incluye específicamente para la clasificación de episodios de recaída asociados principalmente con retirada física (deseo en la ausencia de retirada física es incluido en esta categoría. Determinantes que involucran estados físicos negativos que están asociados con la retirada son por ejemplo en respuesta a dolor físico, daño, fatiga, dolor de cabeza, etc.)

Los datos presentados en la Figura 9 muestran que muy pocas recaídas (3%) se asignaron a la categoría de estado físico negativo, y la mayoría de estas se presentaron en sujetos de un grupo adicto a la heroína.

**Reforzamiento de Estados Emocionales Positivos.**

Aquí las recaídas ocurren cuando el individuo se siente bien. El uso de la sustancia o la actividad para reforzar estados emocionales positivos se toman en cuenta relativamente en pocas recaídas globales en el

análisis presentado en la Figura 9 (12% del total de la combinación de la categorías intrapersonal e interpersonal).

En la categoría intrapersonal, sólo el 10% de los adictos a la heroína, 6% de los fumadores, 3% de los comedores compulsivos y ningún alcohólico o jugador compulsivo reportaron una recaída inicial en este tipo de situación. La mayoría de los adictos a la heroína describen un deseo o necesidad de reforzar o aumentar su estado de ánimo tomando narcóticos. Los sentimientos o el estado emocional del individuo previos a tomar la droga deben evaluarse cuidadosamente antes de asignar un episodio de recaída para esta categoría. La persona debe reportar el tomar la droga o comprometerse en alguna actividad para reforzar la existencia de un estado de ánimo positivo. Frecuentemente, las recaídas en la categoría de estados emocionales positivos, ocurren en conjunto de un evento especial (vacaciones, cumpleaños, buena suerte). Algunos fumadores, por ejemplo, reportan haber fumado su primer cigarro cuando ellos estaban fuera de su casa durante una convención o un viaje.

#### **Probando Auto-Control.**

La Figura 9 muestra que el 5% de las recaídas totales caen dentro de esta categoría, incluyendo al 9% de los alcohólicos, el 16% de los jugadores compulsivos, y el 2% de los adictos a la heroína. Tales casos, involucran usualmente un intento de probarse a uno mismo la habilidad de "sólo tratar una vez" sin perder el control. Con frecuencia, tales tests son descritos como tests de "fuerza de voluntad" o "fortaleza interna". Esta categoría aparece más frecuentemente con conductas asociadas a la filosofía de "pérdida de control". Teóricos tradicionales en el campo del alcoholismo frecuentemente enfatizan esta reacción de pérdida de control en afirmaciones como las siguientes que refuerzan esta noción; "un trago, un borracho", "Un alcohólico no se puede curar nunca porque él nunca toma un trago sin perder el control!". En los círculos del alcoholismo tradicional, se presume que la pérdida de

control se precipita por la presencia física del alcohol en el torrente sanguíneo (Marlatt y Gordon, 1980).

### **Urgencia y Tentaciones.**

Algunas veces la recaída se precipita por la experiencia de una urgencia o tentación repentina que aparecen para dominar a la persona. Esta categoría es asignada únicamente cuando otros factores situacionales o intrapersonales han sido descartados. Es posible que algunos individuos hayan olvidado las circunstancias que preceden la urgencia, o que los factores de estilo de vida (tales como sobrecarga en el horario de trabajo) han predisposto a la persona a una gran vulnerabilidad para impulsar repentinamente la recaída.

Hay 2 situaciones que parecen disparar o activar la urgencia, la primera subcategoría se aplica cuando la urgencia es experimentada en la presencia de señales de la sustancia. Si la persona esta sola justo en la ocasión en que, la tentación por tomar el trago puede ejercer una influencia muy poderosa.

La figura 9 muestra que menos del 10% de las recaídas se asigna en la categoría Urgencia y Tentaciones; la mayoría cae en la primera subcategoría. La segunda subcategoría involucra una urgencia que ocurre en la ausencia de señales de la sustancia. En la muestra de episodios de recaída, esta categoría se usa en casos raros. Parece claro que la mayoría de las "urgencias" no surgen repentinamente, sino como respuesta a un estímulo condicionado asociado a una retirada previa, la urgencia se experimenta como una respuesta a una situación estresante específica - un estado de despertar o tensión que viene a ser etiquetado como una urgencia o un estado de deseo.

### **Conflictos Interpersonales.**

La Figura 9 muestra que el 16% del total de las recaídas ocurre en esta categoría, y que esas recaídas son distribuidas en 5 conductas adictivas. La mayoría de los episodios de recaída de este grupo ocurren

en situaciones interpersonales que involucran frustración y enojo más que otros estados emocionales tales como miedo y ansiedad. Y en la primera subcategoría parece ser que probablemente los sentimientos de frustración y enojo se derivan de una discusión u otra desavenencia y se expresan frecuentemente en el episodio de recaída por sí mismo.

Hay estudios que muestran que los bebedores severos consumen más alcohol cuando se sienten frustrados y enojados (Marlatt, Kosturn & Lang, 1975, citado en Marlatt y Gordon, 1980) y la creencia de que uno consume alcohol incrementa la posibilidad de una subsecuente conducta agresiva (Lang, Goeckner, Adesso, & Marlatt, 1975, citado en Marlatt y Gordon, 1980).

Otras investigaciones de laboratorio han mostrado que la evaluación interpersonal, o la anticipación de una posible crítica negativa por otros, puede ser un determinante significativo en el consumo de alcohol.

### **Presión Social.**

El 20% del total de las recaídas, categorizadas en la Figura 9 se clasifican en la categoría de presión social. Dos subcategorías son incluidas aquí: Situaciones en las cuales existe alguna forma de presión social directa (persuasión verbal o proporcionar un acceso directo a la droga o actividad presionando a la persona), en contraste con las situaciones en las cuales la mera presencia de otra gente comprometida con la conducta es un tipo de presión mediata por medio de un efecto modelador.

Ya sea la influencia de la presión social, directa o indirecta esta interactúa en un camino importante con la sustancia o actividad involucrada; además de que es importante en cuanto a la planeación del tratamiento, desde involucrar diferentes respuestas de afrontamiento: la persona debe ser entrenada para dar respuestas apropiadas de rechazo, debe ser instruida para identificar y resistir la influencia al observar a otros que realizan la actividad prohibida. Otro

factor que causa impacto en este tipo de presión social es la aceptación de la conducta públicamente - por ej. fumar es más aceptado como una conducta pública que usar narcóticos ilícitamente.

#### PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

La naturaleza de las recaídas relacionada con los problemas en el consumo de alcohol se ha reconocido, sin embargo es hasta años recientes cuando la investigación ha empezado a centrarse en factores que afectan el proceso de la recaída (Litman et al. 1977, 1984; Wilson 1980, citado en Annis y Davis, 1991) y el desarrollo de estrategias de tratamiento para la "prevención de recaídas" (Annis 1986; Marlatt & Gordon 1985, citado en Annis y Davis, 1991).

Se han propuesto varias estrategias para reducir las recaídas y mejorar los resultados del tratamiento a largo plazo. Las soluciones tradicionales para el problema de las recaídas se encuentran dentro de 3 categorías (Brownell et al. 1986, citado en Annis, 1990): (1) Aumento de sesiones en el mismo tratamiento, se ha agregado más tiempo para reforzar los efectos iniciales del tratamiento, pero se ha encontrado que las sesiones no han sido efectivas (Lichtenstein 1982, citado en Annis, 1990); (2) Otra aproximación común en el campo del alcoholismo ha sido intensificar y ampliar el número de componentes del tratamiento, con el supuesto de que una mayor intensidad y un programa multimodal comprensible puede tener un impacto más duradero en los resultados del tratamiento. Sin embargo, la evidencia de las investigaciones ha fracasado en apoyar el valor de aumentar la intensidad del tratamiento o el aumento del impacto de programas con un amplio espectro (Annis 1986; Miller & Hester 1986a, 1986b, citado en Annis, 1990); (3) Otra aproximación tradicional ha sido la adopción del modelo de tratamiento de toda la vida, tal como el incluido en A.A. y otros grupos de auto ayuda. Aquí la filosofía es que el individuo nunca

se "rehabilitará" pero siempre "estará en proceso de recuperación" (y por lo mismo vulnerable a las recaídas). La investigación acerca de esta aproximación se ha probado como difícil.

Debido a la limitada utilidad de soluciones tradicionales para mejorar los resultados del tratamiento, ha habido mucho interés en años recientes en explorar las implicaciones de tratamiento desde diferentes aproximaciones teóricas relacionadas con el proceso de recaída, (Babor, Cooney & Lauerman 1986; Wesson, Havassy & Smith 1986; Donovan y Chaney 1985, citado en Annis, 1990). Una de las mayores influencias teóricas ha sido la aproximación cognitiva del aprendizaje social de Albert Bandura (1986, 1977, citado en Annis, 1990) Wilson (1980, 1979, 1978a, 1978b, citado en Annis, 1990) y Marlatt en 1978 quienes han profundizado en el análisis del proceso de la recaída basándose en la teoría de la auto-eficacia de Bandura. El modelo detallado de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon en 1985 ha recibido una considerable atención en el campo de las adicciones.

#### UNA APROXIMACIÓN COGNITIVA DEL APRENDIZAJE SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

La Recaída, por definición, implica un fracaso para mantener la conducta de cambio, más que un fracaso para iniciar el cambio. La aproximación de la Teoría del aprendizaje social de Bandura y específicamente el modelo de la auto-eficacia sostiene que los mejores procedimientos para inducir un cambio inicial en la conducta no pueden ser las técnicas más efectivas para producir una generalización y un mantenimiento de los efectos del tratamiento (Bandura 1977, 1978, 1986, citado en Annis, 1990). Esto es, una estrategia de tratamiento puede ser altamente efectiva en la iniciación de un cambio en la conducta de consumo del cliente pero ineficaz en el mantenimiento del cambio con el tiempo y en la evitación de recaídas.

Esta diferenciación entre iniciación y mantenimiento del cambio en la conducta es de central importancia dentro del modelo de la Auto-eficacia de Bandura y se ha utilizado como marco de referencia en el desarrollo de procedimientos de prevención de recaídas para el tratamiento de problemas de alcohol (Annis y Davis, 1991).

Esto puede sugerir que los programas de tratamiento deben incorporar procedimientos específicos designados a garantizar la generalización del cambio en la conducta de consumir alcohol en el medio ambiente y el mantenimiento del cambio a través del tiempo. La distinción entre iniciación y estrategias de mantenimiento han sido de mucha importancia dentro de un desarrollo conceptual significativo para este campo (Wilson, 1987, citado en Annis, 1990).

El mantenimiento de la conducta de cambio ha sido descuidada principalmente en programas del área de problemas de alcohol y abuso de otras sustancias. Sin embargo, recientemente, ha habido una creciente atención enfocada al desarrollo del tratamiento de prevención de recaídas, estrategias explícitamente designadas para sostener el mantenimiento de la conducta de cambio (Annis, 1990).

#### *Evaluación de las situaciones de alto riesgo del cliente.*

La Terapia comienza con una evaluación de las situaciones de alto riesgo en el consumo de alcohol identificadas en el trabajo de Marlatt y Gordon (1980) como: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad o urgencia por consumir, conflicto con otros, presión social, y momentos agradables con otros (descritas en el capítulo anterior), que se evalúan a través del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (Apéndice I). En la segunda sesión de trabajo con el usuario se hace un análisis y una jerarquía individual de dichas situaciones de un bajo a un alto riesgo. El propósito del tratamiento es efectuar e incrementar en la auto-eficacia o confianza del cliente a través de todas las situaciones de consumo de manera jerárquica.



Después de elaborar y discutir el perfil del cliente IDS-100 (Inventory of drinking situations, en español Inventario situacional de consumo de alcohol), el terapeuta debe comprometerlo en la tarea de desarrollar una jerarquía de situaciones de consumo muy específicas, de bajo a alto riesgo. El cliente debe entender que esta jerarquía puede formar la base del desarrollo de la asignación de tareas que pueden incluir la exposición a situaciones más difíciles en la jerarquía.

### **JUSTIFICACIÓN.**

Por mucho tiempo el consumo excesivo del 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.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 reporta que 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, el 53.7% están entre 12 y 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Además de que las cifras indican que la edad de inicio en el consumo de alcohol va siendo menor cada año. Lo anterior ha llevado a la creación de centros, instituciones y hospitales especializados en esta problemática, sin embargo la mayoría se ha enfocado únicamente a casos donde existe una dependencia severa hacia el alcohol promoviendo como meta final la abstinencia y dejando de lado a aquella población que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero permanecen intactos en las demás áreas de su vida; los "bebedores problema", una opción de tratamiento para este tipo de población basado en la detección temprana es el Programa de Autocambio dirigido para bebedores problema que se lleva acabo en la Facultad de Psicología de la UNAM a cargo del Dr. Héctor Ayala Velázquez y colaboradores. Durante este y otros tipos de tratamientos es común que se den las "recaídas" en los usuarios, pero al contrario de las

concepciones tradicionales que las consideran como un fracaso en el tratamiento, este modelo las considera como parte natural del proceso de recuperación. Es por eso la importancia de estudiar las situaciones de riesgo de los usuarios que los pudieran llevar a posibles recaídas.

El hecho de que el sujeto identifique plenamente sus situaciones de riesgo aumentará la probabilidad de que tenga mejores resultados en el tratamiento en esto radica la importancia de analizar dichas situaciones por medio del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Qué situaciones de riesgo presentan las personas que tienen en este tipo de tratamiento mejores resultados?.

### **OBJETIVO GENERAL.**

Identificar las situaciones de riesgo que presentan las personas que acudieron al tratamiento de auto-cambio dirigido para bebedores problema.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- a) Identificar las situaciones de riesgo que se relacionan con las variables sociodemográficas.
- b) Identificar las situaciones de riesgo que se relacionan con las variables del patrón de consumo.
- c) Identificar las situaciones de riesgo que se relacionan con las sesiones de tratamiento.
- d) Identificar las situaciones de riesgo que presentan los usuarios que terminan las 4 sesiones de tratamiento y tuvieron seguimiento a 6 meses.

#### **IV. METODO.**

##### **TIPO DE MUESTRA.**

El tipo de muestra fue de tipo no probablistico por cuota, en el cual se utilizan conocimientos de los estratos de la población - sexo, raza, región u otros - para seleccionar muestras de miembros que sean representativos, "típicos" o adecuados para algunos fines de investigación (Kerlinger, 1981). En el caso de la presente investigación se seleccionaron los expedientes de todos aquellos usuarios que asistieron al Tratamiento de Auto-cambio dirigido para bebedores problema para obtener la muestra representativa y en la cual se trabajo con todos aquellos sujetos que hubiesen completado como mínimo la evaluación inicial del tratamiento.

##### **SUJETOS.**

Fueron 205 sujetos que asistieron al Tratamiento de Auto-cambio dirigido para Bebedores Problema del año 1993 a 1996, con las siguientes características de selección; mayores de 18 años menores de 65, que supieran leer y escribir, con domicilio permanente, sin alucinaciones, convulsiones y/o delirio tremens, sin daño orgánico, que no usaran heroína ni drogas inyectadas y que no acudieran a otro tratamiento de salud mental.

##### **DISEÑO DE INVESTIGACION.**

El diseño de la investigación fue de tipo ex-pos-facto, en el cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables (Kerlinger, 1981).

## **DEFINICION DE VARIABLES.**

### **1. Variables Sociodemográficas:**

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel educativo.
- Situación laboral.
- Ocupación actual.

### **2. Variables del patrón de consumo:**

- Número total de años de consumo de alcohol.
- Años de beber excesivamente.
- Número de años de consumo problemático.
- Número máximo de copas consumidas por ocasión.
- Promedio de copas consumidas diario.
- Frecuencia de consumo.
- Nivel de dependencia al alcohol.

### **3. Situaciones de riesgo: que se dividen en dos grandes grupos:**

- Situaciones Personales que se subdivide en 5 categorías:
  - a) Emociones Desagradables.
  - b) Malestar físico.
  - c) Emociones agradables.
  - d) Probando autocontrol.
  - e) Necesidad o urgencia por consumir.
  
- Situaciones que involucran a terceras personas, que se subdividen en tres categorías que son:
  - a) Conflicto con otros.
  - b) Presión social.
  - c) Momentos agradables.

#### **4. Sesiones del tratamiento.**

- Evaluación inicial.
- 1ª. Sesión.
- 2ª. Sesión.
- 3ª. Sesión.
- 4ª. Sesión.
- Seguimiento a 6 meses.

**1. Variables Sociodemográficas:** se refieren a aquellas características personales de los sujetos como sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral y ocupación actual que se obtuvieron del cuestionario de entrevista inicial y las cuales se definen a continuación:

- **Sexo:** Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer, del macho y de la hembra (García, 1980).
- **Edad:** La edad de un individuo en un momento determinado, consiste en el tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento. La edad cumplida es la edad redondeada por defecto del número de años enteros ya vividos (edad del último aniversario) (English, 1977). En la presente investigación la edad se dividió en 4 rubros: de 14-25 años, de 26-35 años, de 36 a 46 años y de 47 a 65 años.
- **Estado civil:** La primera clasificación de las personas procede de la capacidad relativa, que atendiendo sus condiciones o circunstancias, les concede la ley civil para el ejercicio de sus derechos. También es la clasificación o condición de cada uno, conforme a la cual debe de arreglar su género de vida. En la actualidad son 6 las causas, que determinan el estado civil, entre ellas está la familia, la cual asigna al padre e hijos (legítimos, ilegítimos o naturales) en solteros y casados, etc., derechos y deberes distintos, fundados en la naturaleza misma y que la ley civil no podía desconocer

(Enciclopedia Universal Ilustrada, 1978). En la presente investigación el estado civil se dividió en 6 categorías: solteros, separados, unión libre, casados, divorciados y viudos.

- Nivel educativo: Clasificación pedagógica de los alumnos o de los adultos según el acceso a la alfabetización, luego a la jerarquía de los diplomas, generalmente por ciclo de enseñanza (English, 1977). En la presente investigación el nivel educativo se dividió en 6 rubros: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, maestría y doctorado.
  - Situación laboral: Se refiere a la jornada de trabajo de los sujetos y se divide en 9 rubros: tiempo completo, medio tiempo, trabaja por su cuenta, trabajo ocasional, sin empleo, incapacitado, estudiante, jubilado y labores del hogar.
  - Ocupación actual: Se refiere a la actividad laboral que esta desempeñando actualmente el sujeto y se divide en 9 rubros: profesionista, empleado, ejecutivo, oficio, comerciante, técnico, vendedor de seguros, estudiante, y labores del hogar.
- 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, se obtiene a través de los instrumentos Línea base retrospectiva y Breve escala de dependencia al Alcohol y se divide en los siguientes rubros:
- Número total de años de consumo de alcohol: Se refiere al número total de años que el sujeto reporta desde el día que tomo su primera copa hasta la fecha y se divide en 4 rubros: 0-10 años, 11-20 años, 21-30 años y 31-40 años.

- **Años de beber excesivamente:** se refiere al número de años que el sujeto considera ha abusado del alcohol y se divide en 4 rubros: 0-10 años, 11-20 años, 21-30 años y 31-40 años.
  - **Número de años de consumo problemático:** Se refiere al número de años que al sujeto ha tenido problemas o consecuencias por su forma de beber y se divide en 4 rubros: 0-5 años, 6-10 años, 11-20 años y 21 años o más.
  - **Número máximo de copas consumidas por ocasión:** Se refiere al número de copas consumidas por el sujeto en una misma ocasión, es decir en un solo día en una fiesta o en una reunión.
  - **Promedio de copas consumidas diario:** Se refiere al promedio de copas consumidas diariamente durante un año y se obtienen a través de la Línea base retrospectiva.
  - **Frecuencia de consumo:** Se refiere a los períodos de tiempo en que consume un sujeto y se divide en 6 rubros: no consume, consume menos de una vez al mes, 1 vez al mes, 1 a 2 veces por semana, 3 a 6 veces por semana y diariamente.
  - **Nivel de dependencia al alcohol:** se refiere al grado de dependencia al alcohol que presentan los sujetos, se divide en 3 niveles; dependencia, baja, dependencia media y dependencia severa y se obtiene de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol.
- 3. Situaciones de riesgo:** que se definen como cualquier situación que posea un riesgo o amenaza a la percepción de control del individuo y que incrementa el riesgo potencial de una recaída (Annis, 1986, citado en Ayala, 1998). Se dividen en dos grandes grupos Situaciones Personales y Situaciones que involucran a terceras personas.

- **Situaciones Personales:** en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física, se subdivide en cinco categorías:
  - a) **Emociones Desagradables:** Situaciones en las cuales el beber implica sentimientos como enojo, tristeza, aburrimiento, depresión, culpa y aprehensión sobre algunos eventos próximos.
  - b) **Malestar físico:** Situaciones en las cuales el beber implica dolor físico, daño, fatiga, dolor de cabeza.
  - c) **Emociones agradables:** Situaciones en las cuales el beber implica estados emocionales positivos en las que el sujeto se siente bien.
  - d) **Probando autocontrol:** Situaciones en las cuales el beber implica un intento de probarse a uno mismo en la habilidad de "sólo tratar de tomar una vez" sin perder el control.
  - e) **Necesidad o urgencia por consumir:** Situaciones en las cuales el beber implica el experimentar el deseo o la urgencia de consumir alcohol como una respuesta a una situación estresante específica - un estado de despertar o tensión que puede ser disparada por la presencia o ausencia de señales de la sustancia.
- **Situaciones que involucran a terceras personas:** como su nombre lo indica en las cuales el beber involucra a terceras personas, se subdividen en tres categorías que son:
  - a) **Conflicto con otros:** Situaciones en las cuales el beber implica en situaciones interpersonales que involucran frustración y enojo.
  - b) **Presión social:** Situaciones en las cuales el beber implica alguna forma de presión social directa (persuasión verbal o proporcionar un acceso directo a la droga o actividad presionando a la persona) o



indirecta en la cual la mera presencia de otra gente que comprometida con la conducta es un tipo de presión mediata.

- c) Momentos agradables: Situaciones en las cuales el beber implica estados emocionales positivos que ocurren en conjunto de un evento especial (vacaciones, cumpleaños, buena suerte, etc.) y en compañía de otras personas.

4. **Sesiones del tratamiento:** El programa contempla una admisión, una evaluación y cuatro sesiones de tratamiento individuales, además de sesiones adicionales si se requieren y sesiones de seguimiento a 1, 3 y 6 meses.

- Evaluación inicial: Tiene como objetivo evaluar el patrón de consumo del usuario de manera precisa y se aplica al usuario los siguientes instrumentos; Cuestionario de Entrevista Inicial, Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA), Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) y Línea Base Retrospectiva (LIBARE).
- 1ª. Sesión: Tiene como objetivo que el usuario evalúe los pros y los contras que experimenta por su consumo excesivo de alcohol, y que identifique las ventajas y desventajas que acompañarían a un cambio en el consumo.
- 2ª. Sesión: En esta sesión el usuario debe identificar los factores que desencadenan su consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo además se plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo.
- 3ª. Sesión: En esta 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 estas situaciones. Así mismo, se identifican sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y recursos sociales disponibles) que podrán utilizar para cambiar su conducta.

- c 4ª. Sesión: En esta 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, además de un seguimiento para observar los avances logrados a través del tiempo.
- e Resultados del tratamiento (seguimiento): Se define en base a un seguimiento que se realiza después de 6 meses de terminado el tratamiento y se obtiene a través de la Línea base retrospectiva, tiene como objetivo evaluar el patrón de consumo del usuario e identificar si este mejoró, empeoró o se mantuvo igual.

#### **ESCENARIO.**

El lugar donde se llevó a cabo el tratamiento fue el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, ubicado en la cerrada de Acasulco #18 Col. Oxtopuícc; siendo este una dependencia de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., en donde se llevan a cabo investigaciones y servicios a la comunidad.

#### **INSTRUMENTOS.**

Se utilizaron como instrumentos:

1. El Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA), realizado por Annis en 1982. Traducción y adaptación al español en la Facultad de Psicología de la UNAM por Ayala, Echeverría y Oviedo en 1985. El Inventario fue desarrollado como un instrumento para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser

identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1986, citado en Ayala, 1998). (Ver Anexo I).

El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Las situaciones de riesgo medidas por el inventario se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985, citado en Ayala, 1998).

2. Cuestionario de Entrevista inicial: que contiene variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral y ocupación actual) y del patrón de consumo (número total de años de consumo de alcohol, años de beber excesivamente, número de años de consumo problemático, número máximo de copas consumidas por ocasión, promedio de copas consumidas diario, frecuencia de consumo y nivel de dependencia al alcohol, además de otras variables asociadas al consumo de alcohol como tipo de bebida consumida, daños atribuidos al alcohol y percepción del problema de consumo de alcohol). Realizado por Sobell L. y Sobell M.
3. Breve Escala de Dependencia al alcohol (BEDA) desarrollada por Raistrick en 1989, traducción y adaptación al español por Ayala, Echeverría, Oviedo, que fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Este instrumento está dirigido a población adulta de bebedores problema centrado en aquellas personas con una dependencia media a moderada.
4. Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE) realizada por Sobell y Sobell en 1992, 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 de un período retroactivo de seis meses. La LIBARE

se desarrollo para ayudar a los bebedores problema que inician un tratamiento a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento.

### **PROCEDIMIENTO.**

Para iniciar la investigación se llevó a cabo una revisión de 400 expedientes de las personas que asistieron al programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema del año de 1993 a 1996. Después se seleccionaron los expedientes de aquellos usuarios que hubiesen completado como mínimo la sesión de evaluación inicial del tratamiento. Posteriormente se eligieron 205 expedientes, de los cuales 96 sujetos terminaron el tratamiento y 109 no lo terminaron. Por último se vació la información de los expedientes a una base de datos para su análisis estadístico.

### **ANALISIS ESTADISTICO.**

Para analizar los datos se empleo un Análisis de Varianza de un factor (ANOVA) y específicamente la Prueba de Tukey H-SD por medio del paquete estadístico SPSS versión 8.0.

El ANOVA es un tipo de análisis estadístico que se utiliza para analizar la variación de una respuesta bajo el influjo de diversos niveles de un factor experimental (Johnson, 1991).

Para una mejor comprensión podemos dividir el análisis estadístico en cuatro partes:

- 1) Estadística Descriptiva; para obtener la frecuencia, el porcentaje y el rango de las variables, esto con el fin de investigar las características de la muestra.
- 2) Medidas de Tendencia central; para obtener la media y la desviación estándar de las variables.

- 3) Análisis de Varianza con el fin de ver si existían diferencias significativas entre las diferentes variables.
- 4) Prueba de Tukey H-SD; para determinar entre que medias existían diferencias significativas.

## **V. RESULTADOS.**

Los datos de la presente investigación son el resultado de la correlación de las 8 categorías del ISCA con las diferentes variables del Cuestionario de entrevista inicial, la Breve escala de dependencia alcohol y la Línea base retrospectiva. Para una mejor comprensión de los resultados estos se presentan en dos apartados.

### **I. Estadística Descriptiva:**

En este apartado se reporta la frecuencia, porcentaje, rango, media y desviación estándar de las variables sociodemográficas, patrón de consumo, situaciones de riesgo y sesiones de tratamiento.

### **II. Análisis de Varianza y la Prueba de Tukey H-SD:**

En la segunda parte se reportan los resultados obtenidos al aplicar el Análisis de Varianza de un factor (ANOVA) y en los análisis donde se encontraron diferencias significativas se aplicó la prueba de Tukey H-SD para determinar entre que medias existían diferencias significativas. Específicamente se analizaron las 8 categorías del ISCA (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, tentaciones para usar, conflicto con otros, presión social y momentos agradables) con las variables sociodemográficas, patrón de consumo y sesiones de tratamiento.

### **I. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.**

A continuación se describen las variables que se analizaron, respecto a las variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral y ocupación actual, del patrón de consumo: años de consumo de alcohol, años de ser un bebedor excesivo, número de años de consumo problemático, número máximo de copas consumidas por ocasión, promedio de copas consumidas diariamente, frecuencia de consumo, nivel de dependencia al alcohol, daños atribuidos al consumo de alcohol, percepción del problema de consumo

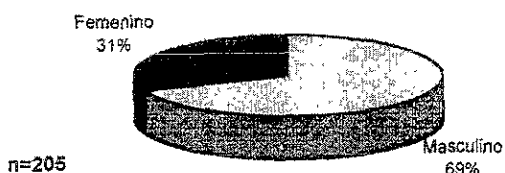
de alcohol y las Situaciones de Riesgo y por último las sesiones de tratamiento.

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

### Sexo.

En cuanto al sexo se encontró que 141 sujetos (69%) eran del sexo masculino y 64 (31%) del sexo femenino (Ver figura 1).

Figura 1. Sexo.

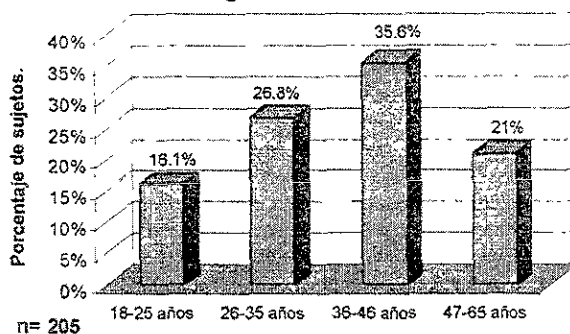


### Edad.

La distribución de edades fue de la siguiente manera: 34 sujetos tenían de 18 a 25 años (16.1%), 54 tenían de 26 a 35 años (26.8%), 75 tenían de 36 a 46 años (35.6%) y 41 tenían de 47 a 65 años (21%).

(Ver figura 2).

Figura 2. Edad.

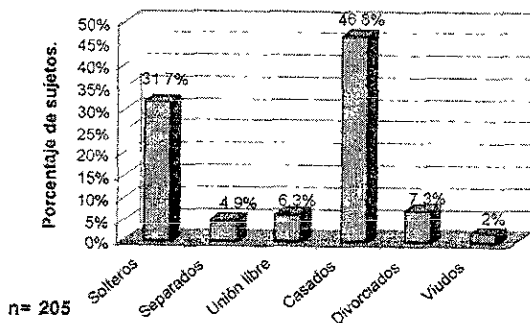


### Estado Civil.

Se encontró que 65 sujetos (31.7%) eran solteros, 10 sujetos (4.9%) eran separados, 13 sujetos (6.3%) estaban en unión libre, 96 (46.8%) eran casados, 15 (7.3%) eran divorciados y 4 (2%) eran viudos.

(Ver figura 3).

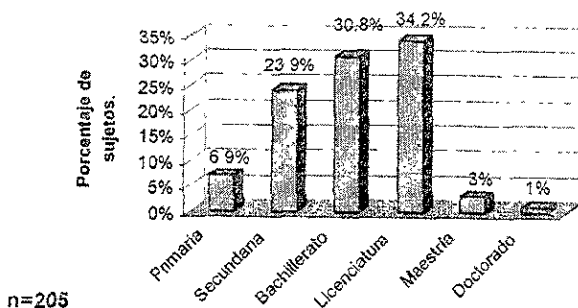
Figura 3. Estado Civil.



### Nivel Educativo.

Se encontró que 14 sujetos (6.9%) tenían estudios de Primaria, 49 sujetos (23.9%) de Secundaria, 63 (30.8%) de Bachillerato, 70 (34.2%) de Licenciatura, 6 (3%) de Maestría y 2 (1%) de Doctorado (Ver figura 4).

Figura 4. Nivel Educativo.





**Situación Laboral.**

Se encontró que 70 sujetos (34%) trabajaba tiempo completo, 40 (20%) trabajaba por su cuenta, 27 (13%) trabajaba medio tiempo, 24 (12%) no tenía empleo, 16 (8%) se dedicaba a las labores del hogar, 13 (6%) eran estudiantes, 7 (3%) tenían un trabajo ocasional, 6 (3%) eran jubilados y 2 (1%) eran incapacitados (Ver figura 5).

Situación Laboral	Porcentaje
Tiempo completo	34%
Trabaja por su cuenta	20%
Medio Tiempo	13%
Sin empleo	12%
Labores del hogar	8%
Estudiante	6%
Trabajo ocasional.	3%
Jubilado	3%
Incapacitado	1%

n= 205

**Ocupación Actual.**

Se encontró que 51 sujetos eran (24.9%) eran profesionistas, 37 (18%) eran empleados, 27 (13.2%) tenía algún tipo de oficio, 21 (10.2%) eran técnicos, 19 (9.3%) eran comerciantes, 17 (8.3%) eran estudiantes, 15 (7.3%) se dedicaban a labores del hogar, 12 (5.9%) eran vendedores de seguros y 4 (2%) eran ejecutivos (Ver figura 8).

Ocupación Actual	Porcentaje
Profesionista	24.9%
Empleado	18%
Oficio	13.2%
Técnico	10.2%
Comerciante	9.3%
Estudiante	8.3%
Labores del hogar	7.3%
Vendedor de seguros	5.9%
Ejecutivo	2%

n=205

### **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 y se obtiene del cuestionario de entrevista inicial. Con lo que respecta a la variable años de consumo de alcohol se encontró que el porcentaje más alto corresponde al de 0-10 años, en la variable años de ser un bebedor excesivo el mayor porcentaje corresponde al de 0-10 años, en la variable años de ser un bebedor problema el mayor porcentaje corresponde al de 0-5 años, en la variable número máximo de copas consumidas por ocasión el mayor porcentaje corresponde a de 10 ó más copas, en la variable número promedio de copas el mayor porcentaje corresponde a de 5-9.9 copas promedio y por último en la variable frecuencia de consumo el mayor porcentaje corresponde a la categoría de 1 a 2 veces por semana. (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Patrón de consumo.**

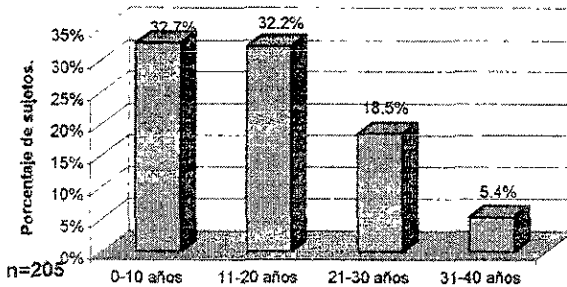
<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>%</b>	<b>X</b>	<b>Rango</b>
<b>Años de consumo de alcohol.</b>	0-10 años.	32.7%	15.45	0-40
	11-20 años.	32.2%		
	21-30 años.	18.5%		
	31-40 años.	5.4%		
<b>Años de ser un bebedor excesivo.</b>	0-10 años.	69.2%	9.42	0-39
	11-20 años.	22.9%		
	21-30 años.	6.4%		
	31-40 años.	1.5%		
<b>Años de ser un bebedor problema.</b>	0-5 años.	58.5%	7.27	0-39
	6-10 años.	19.5%		
	11-20 años.	16.1%		
	21 ó más.	5.4%		
<b>Número máximo de copas consumidas por ocasión.</b>	0-4 copas.	1%	17	0-45
	5-9 copas.	12.2%		
	10 ó más copas	86.8%		
<b># Promedio de copas (diario).</b>	0-4.9 copas.	22%	9	0-45
	5-9.9 copas.	42.9%		
	10 ó más copas	35.1%		
<b>Frecuencia de consumo.</b>	No consume.	5.9%	1 a 2 veces por semana	
	< 1 vez al mes.	7.3%		
	1 vez al mes.	10.7%		
	1 a 2 veces por semana.	42.4%		
	3 a 6 veces por semana.	10.7%		
	Diariamente.	10.2%		

\* En la tabla 1 podemos observar los datos del patrón de consumo de la muestra en donde se presentan la media y los rangos de los datos.

### Años de consumo de alcohol.

En cuanto a los años de consumo de alcohol de los sujetos se encontró que 67 (32.7%) pertenecían al rango de 0-10 años, 66 (32.2%) pertenecían al rango de 11-20 años, 38 (18.5%) al rango de 21-30 años y 11 (5.4%) al rango de 31-40 años. (Ver figura 7).

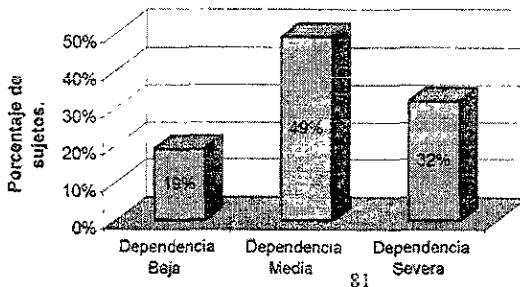
Figura 7. Años de consumir alcohol.



### Nivel de Dependencia.

Mediante los datos obtenidos con la aplicación de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol durante la evaluación previa al tratamiento fue posible obtener el nivel de dependencia al alcohol de los sujetos, encontrando una media de 17.81 puntos que indica una dependencia media, con una desviación estándar de 0.55 y un rango que va de 0 a 43 puntos. Se encontró que 39 sujetos (19%) tenían una dependencia baja (0-10 puntos); 99 (49%) tenían una dependencia media (11-20 puntos) y 66 (32%) tenían una dependencia severa (21 puntos en adelante). (Ver figura 8).

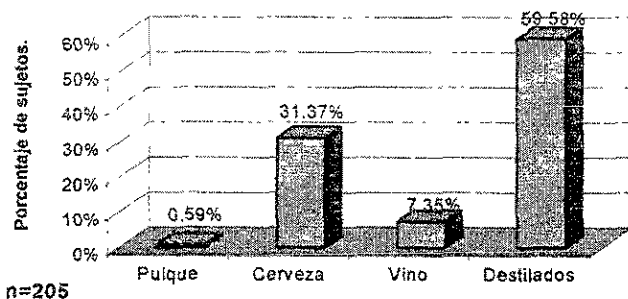
Figura 8. Nivel de Dependencia.



### Tipo de bebida con más frecuencia consumida.

Con base a la información obtenida en el Cuestionario de entrevista inicial se identificó el tipo de bebida más frecuentemente ingerido por los sujetos se encontró que los destilados (whisky, ron, vodka, brandy, tequila, ginebra, etc.) son el tipo de bebida más consumida por los usuarios ya que representan el 59.58%, posteriormente esta la cerveza con un 31.37% y el vino con un 7.35% y finalmente el pulque con un porcentaje menor de 0.59% (Ver figura 9).

Figura 9. Tipo de Bebida.



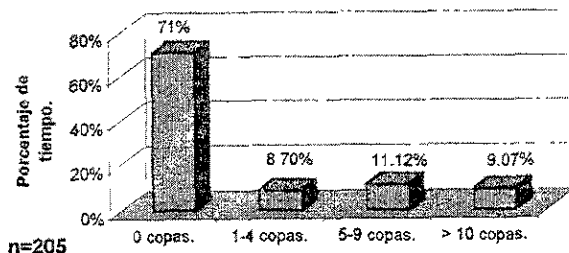
### Porcentaje del tiempo de consumo.

Por medio de los datos de La Línea Base Retrospectiva (LIBARE) aplicado en la evaluación inicial se obtuvo el porcentaje de tiempo en el que consumieron los sujetos. Para el porcentaje del tiempo de consumo fue necesario hacer cuatro categorías: abstinencia (o copas), consumo moderado (de 1 a 4 copas), consumo excesivo (de 5 a 9 copas) y consumo muy excesivo (10 copas ó más). Los resultados muestran que en el 71% del tiempo en los sujetos hay abstinencia, en el 8.7% del tiempo hay consumo moderado, en el 11.12% del tiempo hay consumo excesivo y en el 9.07% del tiempo hay consumo muy excesivo.

(Ver figura 10).

\* Estas categorías están definidas con base en el concepto de que porcentaje del tiempo total de consumo (365 días) los usuarios caen en cada una de las siguientes categorías, con base al concepto de 1 trago estándar = 12 gms. de alcohol etílico.

Figura 10. Porcentaje del Tiempo de Consumo.

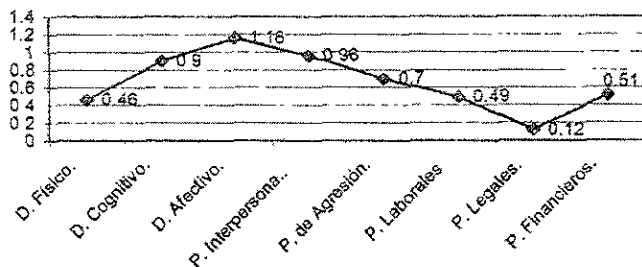


### DAÑOS ATRIBUIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.

Los daños atribuidos al consumo de alcohol se obtuvieron en base al cuestionario de entrevista inicial y se exploraron 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 reportaron las consecuencias relacionadas con su forma de beber según la siguiente escala: 0= ningún daño, 1= problema menor y 2= problema mayor. En los resultados se observa que el puntaje más alto corresponde al daño afectivo, posteriormente están los problemas interpersonales, el daño cognitivo y los problemas de agresión y como áreas sin problema se encuentran los problemas financieros, los problemas laborales, el daño físico y los problemas legales.

(Ver figura 11).

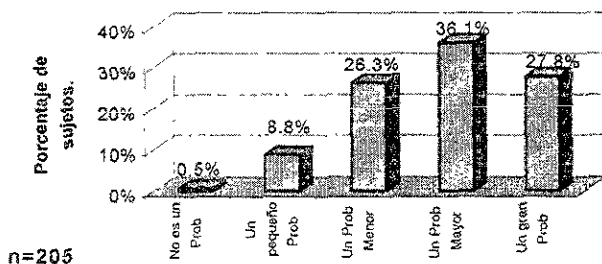
Figura 11. Daños por el consumo de alcohol.



### Percepción del problema de consumo de alcohol.

Para la obtención de esta información a los sujetos se les pidió que eligieran en el cuestionario de entrevista inicial una de las 5 categorías que mejor describía 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. En los resultados podemos observar que el 36.1% lo percibe como un problema mayor, el 27.8% como un gran problema, el 26.3% como un problema menor, el 8.8% como un pequeño problema y el 0.5% como que no es un problema (Ver figura 12).

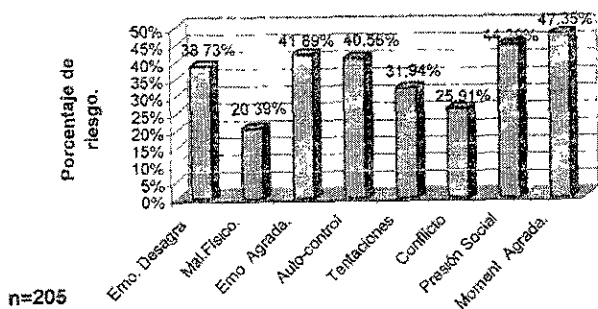
Figura 12. Percepción del Problema de Consumo.



### SITUACIONES DE RIESGO.

De acuerdo a los resultados obtenidos del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) se encontró que los mayores porcentajes se encuentran en las áreas de momentos agradables (47.35%), presión social (44.39%) y emociones agradables (41.89), posteriormente le siguen probando auto-control (40.56%), emociones desagradables (38.73%), tentaciones para usar (31.94%), conflicto con otros (25.91%), y malestar físico (20.39%). (Ver figura 13).

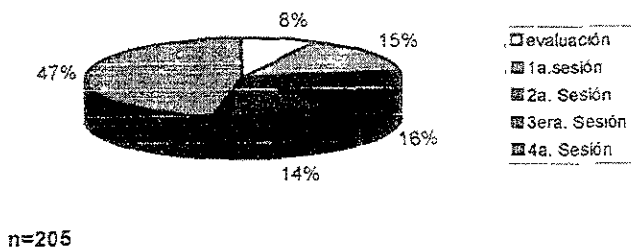
**Figura 13. Inventario Situacional de Consumo de Alcohol.**



### **Sesiones de Tratamiento.**

La distribución de la muestra respecto a las sesiones, fue de la siguiente manera, de los 205 sujetos; 16 (8%) completaron la evaluación inicial, 31 (15%) completaron la primera sesión 33 (16%) la segunda sesión, 29 (14%) la tercera sesión y 96 (47%) terminaron el tratamiento es decir llegaron a la cuarta sesión, (Ver figura 14).

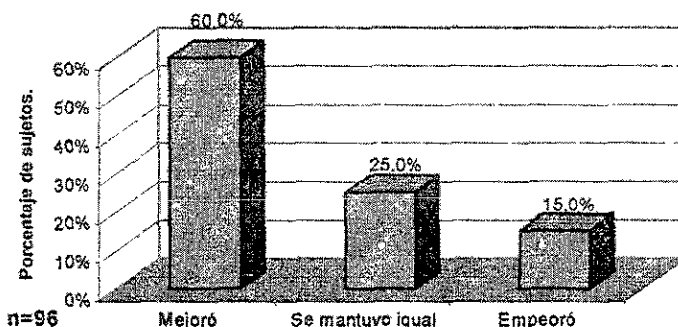
**Figura 14. Sesiones de tratamiento.**



### Resultados del tratamiento (seguimiento).

Los datos que representan el seguimiento son únicamente de los 96 sujetos que terminaron el tratamiento, es decir aquellos sujetos que completaron las 4 sesiones de tratamiento y en donde 58 (60%) mejoró, 24 (25%) se mantuvo igual, y 14 (15.0%) empeoró. Estos datos se obtuvieron en base a la Línea Base retrospectiva. (Ver figura 15).

**Figura 15. Resultados del tratamiento.**



### II. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA).

Los resultados que se obtuvieron al aplicar el ANOVA son los siguientes: Para las variables edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, ocupación actual, número total de años de consumo de alcohol, número máximo de copas consumidas por ocasión, promedio de copas consumidas diario y sesiones de tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. En cuanto a las variables resultados del tratamiento, sexo, años de beber excesivamente, número de años de consumo problemático, frecuencia de consumo y nivel de dependencia al alcohol sí se encontraron diferencias significativas entre los grupos, por lo que se reportaran únicamente las que salieron estadísticamente diferentes.



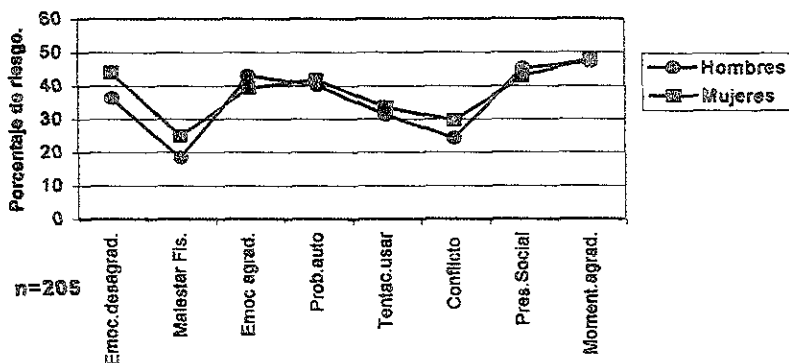
**Sexo.**

En la categoría Emociones Desagradables se encontraron diferencias significativas( $P<0.05$ ) con una F de 4.58 entre el grupo de Mujeres con respecto al de Hombres.

En la categoría Malestar Físico se encontraron diferencias significativas ( $P<0.05$ ) con una F de 6.10 entre el grupo de Mujeres con respecto al de Hombres (Ver tabla 2).

Respecto a las medias de estos dos grupos se puede observar que existen diferencias en la categoría de emociones desagradables en las mujeres quienes tuvieron una media mayor (44.04) en comparación con los hombres (36.31) al contrario de emociones agradables en donde en las mujeres la media fue menor (39.31) en comparación con la de los hombres (43.05). (Ver figura 16).

**Figura 16. Comparación del ISCA con Sexo.**



**Años de beber excesivamente.**

En la categoría Emociones Agradables se encontraron diferencias significativas ( $P<0.05$ ) con una F de 2.74, entre el grupo de 21-30 años de beber excesivamente con respecto al grupo de 31-40 años de beber excesivamente.

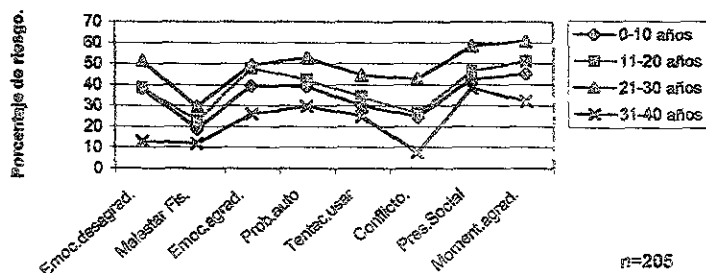
En la categoría Conflicto con otros se encontraron diferencias significativas ( $P < .01$ ) con una  $F$  de 4.34, entre el grupo de 21-30 años de beber excesivamente con respecto a los grupos de 31-40 años de beber excesivamente, de 0-10 años de beber excesivamente y 11-20 años de beber excesivamente.

En la categoría Presión Social se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.05$ ) con una  $F$  de 3.03 entre el grupo de 21-30 años de beber excesivamente con respecto al grupo de 31-40 años de beber excesivamente.

En la categoría Momentos Agradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.05$ ) con una  $F$  de 3.47 entre el grupo de 21-30 años de beber excesivamente con respecto al grupo de 31-40 años de beber excesivamente. (Ver tabla 5).

Respecto a las medias de los diferentes grupos se puede observar que el grupo de 21-30 años de beber excesivamente tuvo las puntuaciones más altas en las ocho categorías del ISCA y más específicamente en probando auto-control (52.84), presión social (58.53) y momentos agradables (60.76), en comparación con el grupo de 31-40 años de beber excesivamente que tuvo las puntuaciones más bajas en emociones desagradables (13), malestar físico (12) y conflicto con otros (7.66). (Ver figura 17).

**Figura 17. Comparación del ISCA con Años de ser un Bebedor Excesivo.**

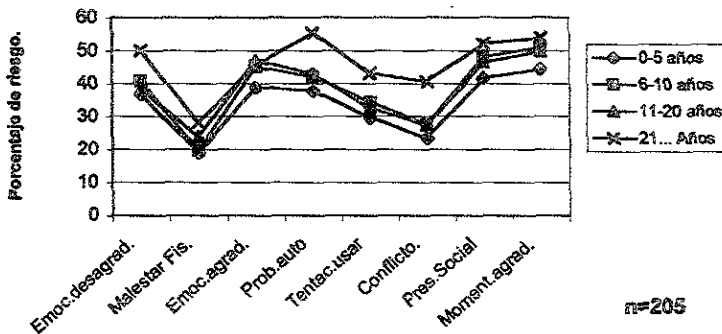


### Años de consumo problemático.

En esta variable únicamente se encontraron diferencias significativas en la categoría conflicto con otros ( $P < 0.05$ ) con una F de 2.82 entre el grupo de 21 ó más años de consumo problemático con respecto al grupo de 0-5 años de consumo problemático. (Ver tabla 5).

Respecto a las medias de los diferentes grupos se puede observar que el grupo de 21 años ó más de consumo problemático tuvo las puntuaciones más altas en las ocho categorías del ISCA y más específicamente en probando auto-control (55.45), presión social (52.09) y momentos agradables (53.9) en comparación con el grupo de 0-5 años de consumo problemático que tuvo las puntuaciones más bajas en las ocho categorías del ISCA. (Ver figura 18).

Figura 18. Comparación del ISCA con Años de Consumo Problemático.



### Frecuencia de Consumo.

En la categoría Emociones Desagradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 3.29 entre el grupo de 3-6 veces por semana con respecto al que consume menos de una vez al mes y del grupo que consume diariamente con respecto al que consume menos de una vez al mes.

En la categoría Malestar Físico se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 4.99 entre el grupo que consume diariamente con

respecto al grupo que consume menos de una vez al mes, 1 vez al mes, y de 1-2 veces por semana, también se encontraron diferencias entre el grupo que consume de 3-6 veces por semana con respecto al grupo que consume menos de una vez al mes, 1 vez al mes, y de 1-2 veces por semana.

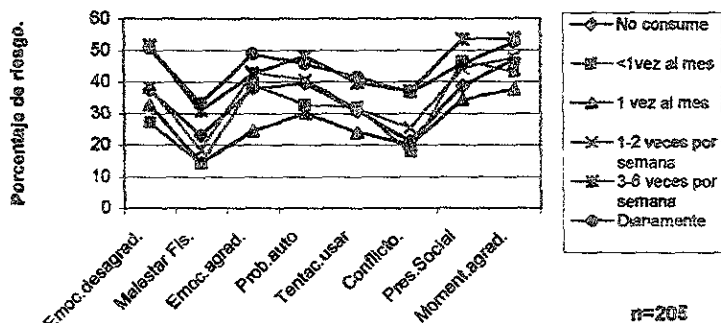
En la categoría Emociones Agradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una  $F$  de 3.60 entre el grupo que consume diariamente con respecto al grupo que consume 1 vez al mes, del grupo que consume de 3-6 veces por semana con respecto al grupo que consume 1 vez al mes y del grupo que consume 1-2 veces por semana con respecto al grupo que consume 1 vez al mes.

En la categoría Conflicto con otros se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una  $F$  de 3.61 entre el grupo que consume 3 a 6 veces por semana con respecto al que consume menos de 1 vez al mes.

En la categoría Presión Social se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.05$ ) con un estadístico de prueba de  $F$  de 2.36 entre el grupo que consume 3 a 6 veces por semana con respecto al que consume 1 vez al mes. (Ver Tabla 6).

Respecto a las medias de los diferentes grupos se puede observar que los grupos que consumen de 3-6 veces por semana y diariamente tuvieron las puntuaciones más altas en las ocho categorías del ISCA y más específicamente en emociones desagradables, emociones agradables, presión social y momentos agradables en comparación con los grupos de menor frecuencia de consumo que tuvieron puntuaciones más bajas. (Ver figura 19).

**Figura 19. Comparación del ISCA con Frecuencia de Consumo.**



#### **Nivel de Dependencia al Alcohol.**

En la categoría Emociones Desagradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 16.94 entre el grupo de dependencia severa con respecto a los grupos de dependencia baja y dependencia media; y del grupo de dependencia media con respecto al grupo de dependencia baja.

En la categoría Malestar Físico se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 8.87 entre el grupo de dependencia severa con respecto al grupo de dependencia baja y dependencia media.

En la categoría Emociones Agradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 10.54 entre el grupo de dependencia severa con respecto al grupos de dependencia baja y dependencia media.

En la categoría Probando Auto-control se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 24.63 entre el grupo de dependencia severa con respecto al grupo de dependencia baja y dependencia media y del grupo de dependencia media con respecto al de dependencia baja.

En la categoría Tentaciones para Usar se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una  $F$  de 21.74 entre el grupo de dependencia severa con respecto al grupo de dependencia baja y dependencia media.

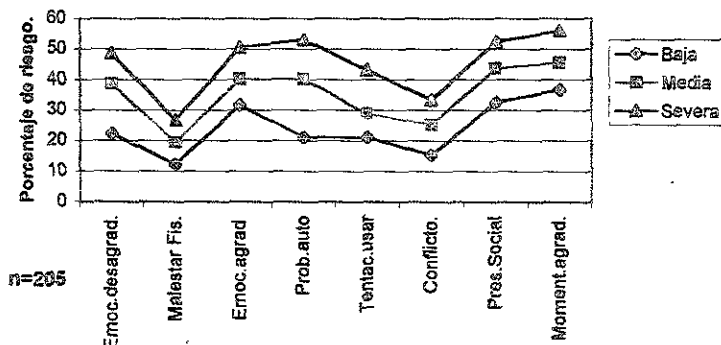
En la categoría Conflicto con otros se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una  $F$  de 11.27 entre el grupo de dependencia severa con respecto al grupo de dependencia baja y dependencia media; y del grupo de dependencia media con respecto al grupo de dependencia baja.

En la categoría Presión Social se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una  $F$  de 14.22 entre el grupo de dependencia severa con respecto al grupo de dependencia media y dependencia baja; y del grupo de dependencia media con respecto al grupo de dependencia baja.

En la categoría Momentos Agradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una  $F$  de 12.43 entre el grupo de dependencia severa con respecto a l grupo de dependencia baja y dependencia media. (Ver tabla 7).

Respecto a las medias de los tres grupos se puede observar que el grupo con un nivel de dependencia severa al alcohol tuvo las puntuaciones más altas en las ocho categorías del ISCA y más específicamente en probando auto-control (53.05), presión social (52.42) y momentos agradables (56.08) en comparación con el grupo de dependencia media que tuvo las mayores puntuaciones en emociones agradables (40.22), presión social (43.62) y momentos agradables (45.69) y en comparación con el grupo de dependencia baja que también tuvo las mayores puntuaciones en emociones agradables (31.69), presión social (32.62) y momentos agradables (36.72). (Ver figura 20).

**Figura 20. Comparación del ISCA con Nivel de Dependencia.**



**Resultados del Tratamiento.**

En la categoría emociones desagradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.05$ ) con una F de 4.60 en el grupo que empeoró después de 6 meses de terminado el tratamiento con respecto al grupo que se mantuvo igual y al que mejoró.

En la categoría Malestar Físico se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.05$ ) con una F de 3.59 en el grupo que empeoró con respecto al grupo que se mantuvo igual y al que mejoró.

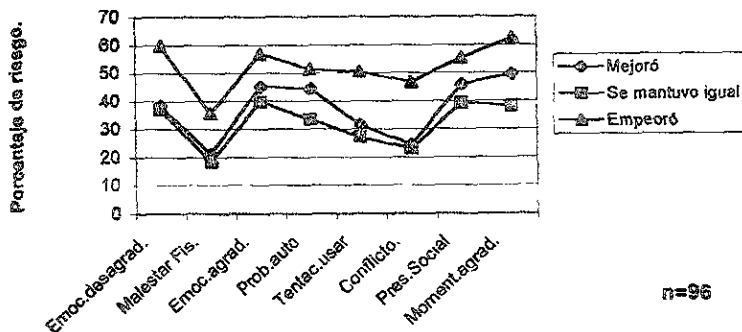
En la categoría Tentaciones para usar se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 5.97, en el grupo que empeoró con respecto al grupo que se mantuvo igual y al que mejoró.

En la categoría Conflicto con otros se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 7.04 en el grupo que empeoró con respecto al grupo que se mantuvo igual y al que mejoró.

En la categoría Momentos Agradables se encontraron diferencias significativas ( $P < 0.01$ ) con una F de 6.27, en el grupo que empeoró con respecto al grupo que se mantuvo igual. (Ver Tabla 8).

Respecto a las medias de los diferentes grupos se puede observar que el grupo que empeoró tuvo las puntuaciones más altas en las ocho categorías del ISCA y más específicamente en emociones desagradables (59.93), emociones agradables (56.86), presión social (55.29) y momentos agradables (62.5). (Ver figura 21).

**Figura 21. Comparación del ISCA con resultados del tratamiento.**





**Tabla 2. Resultados del Análisis de Varianza de un factor de los porcentajes de riesgo de las ocho categorías del ISCA para los grupos de Sexo, Edad y Estado Civil.**

GRUPOS	EMOCIONES DESAGRADABLES		MALESTAR FISICO		EMOCIONES AGRADABLES		PROBANDO AUTOCONTROL		TENTACIONES PARA USAR		CONFLICTO CON OTROS		PRESION SOCIAL		MOMENTOS AGRADABLES	
	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar
Hombres N= 141	4.58 P= .03	36.31 ± 23.60	6.19 P= .01	18.37 ± 15.17	1.27 P= .26	42.05 ± 21.79	1.93 P= .66	40.04 ± 24.92	.556 P= .45	31.24 ± 18.57	3.19 P= .07	24.24 ± 18.97	662 P= .41	45.14 ± 20.11	.087 P= .76	47.05 ± 20.91
Mujeres N= 64	4.49 P= .03	44.03 ± 24.72	2.49 P= .12	23.51 ± 22.28	1.27 P= .26	39.31 ± 22.48	41.70 ± 25.37	41.70 ± 25.37	93.46 ± 21.94	31.24 ± 18.57	29.59 ± 21.69	29.59 ± 21.69	42.73 ± 18.50	47.98 ± 20.66		47.98 ± 20.66
Edad																
14-25 años n= 34	1.39 P= .24	40.79 ± 21.28	2.45 P= .12	13.87 ± 10.63	417 P= .74	42.78 ± 18.53	40.00 ± 24.89	40.00 ± 24.89	32.37 ± 17.37	32.37 ± 17.37	1.27 P= .28	23.75 ± 16.26	854 P= .39	49.30 ± 18.06	1.00 P= .99	51.09 ± 19.42
26-35 años n= 54		42.21 ± 22.87		18.90 ± 16.29		39.25 ± 20.73	41.89 ± 24.28	41.89 ± 24.28	31.41 ± 17.85	31.41 ± 17.85		29.50 ± 19.60		42.80 ± 16.73		44.07 ± 19.02
36-46 años n= 75		39.01 ± 24.89		22.57 ± 16.42		43.56 ± 23.04	41.87 ± 26.21	41.87 ± 26.21	31.94 ± 19.77	31.94 ± 19.77		26.68 ± 20.17		43.61 ± 21.85		48.95 ± 22.50
47-65 años n= 41		32.55 ± 26.43		24.76 ± 3.77		41.76 ± 24.82	37.53 ± 24.60	37.53 ± 24.60	32.46 ± 22.87	32.46 ± 22.87		22.13 ± 22.28		44.37 ± 20.26		46.09 ± 21.12
Estado Civil																
Casado N= 96	1.89 P= .09	35.02 ± 24.08	1.77 P= .13	22.07 ± 17.45	46 P= .80	44.11 ± 21.89	42.11 ± 25.08	42.11 ± 25.08	32.14 ± 19.62	32.14 ± 19.62	.21 P= .95	25.00 ± 19.57	1.23 P= .29	46.70 ± 18.67	15 P= .97	48.39 ± 20.88
Soltero N= 65		41.32 ± 23.75		15.42 ± 14.77		39.52 ± 22.14	39.57 ± 31.00	39.57 ± 31.00	32.60 ± 20.05	32.60 ± 20.05		26.48 ± 21.26		45.03 ± 21.19		47.38 ± 21.73
Separado N= 10		46.70 ± 16.85		24.80 ± 26.24		24.80 ± 21.17	31.00 ± 26.65	31.00 ± 26.65	26.20 ± 15.75	26.20 ± 15.75		26.60 ± 14.99		37.20 ± 23.94		43.90 ± 24.96
Divorciado N= 15		36.00 ± 22.97		24.07 ± 21.20		42.73 ± 26.50	36.93 ± 28.71	36.93 ± 28.71	31.87 ± 22.82	31.87 ± 22.82		25.40 ± 30.92		36.07 ± 36.48		46.27 ± 23.09
Unión Libre N= 13		28.21 ± 29.50		18.53 ± 29.75		17.55 ± 24.01	30.38 ± 36.25	30.38 ± 36.25	35.00 ± 32.75	35.00 ± 32.75		16.20 ± 26.25		39.46 ± 47.35		44.62 ± 47.00
Viuudo N= 4		32.54 ± 39.90		11.51 ± 39.90		11.51 ± 39.90	21.17 ± 33.94	21.17 ± 33.94	20.55 ± 33.94	20.55 ± 33.94		33.94 ± 33.94		11.18 ± 33.94		13.32 ± 33.94

Las medias con área sombreada resultaron estadísticamente diferentes.  
P = Nivel de significancia obseada

**Tabla 3. Resultados del Análisis de Varianza de un factor de los porcentajes de riesgo de las ocho categorías del ISCA para los grupos de Nivel Educativo y Situación Laboral.**

GRUPOS	EMOCIONES DESAGRADABLES		MALESTAR FISICO		EMOCIONES AGRADABLES		PROBANDO AUTOCONTROL		TERTACIONES PARA USAR		CONFLICTO CON OTROS		PRESION SOCIAL		MOBILIDAD AGRADABLES	
	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar	Valor de F	Media $\pm$ Desviación Estándar
Nivel Educativo																
Primaria	.87	27.28 $\pm$ 20.98	.47	14.00 $\pm$ 13.09	.53	43.14 $\pm$ 23.01	1.32	42.92 $\pm$ 23.17	.69	30.92 $\pm$ 15.41	1.44	15.57 $\pm$ 15.32	24	43.64 $\pm$ 18.41	.74	40.35 $\pm$ 15.90
N= 14	P=.50		P=.79		P=.74		P=.25		P=.62		P=.20		P=.94		P=.93	
Secundaria		40.02 $\pm$ 24.19		20.04 $\pm$ 14.76		38.65 $\pm$ 23.63		43.09 $\pm$ 26.37		33.97 $\pm$ 19.76		26.10 $\pm$ 19.02		42.38 $\pm$ 21.17		44.57 $\pm$ 20.72
N= 49																
Bachillerato		41.01 $\pm$ 25.02		20.27 $\pm$ 19.08		40.27 $\pm$ 19.68		39.27 $\pm$ 23.95		31.55 $\pm$ 18.09		29.67 $\pm$ 23.19		46.14 $\pm$ 18.88		47.21 $\pm$ 19.46
N= 63																
Inconcluyente		37.53 $\pm$ 24.57		19.99 $\pm$ 13.34		44.93 $\pm$ 23.34		37.80 $\pm$ 24.64		22.79 $\pm$ 23.85		17.79 $\pm$ 22.85		43.68 $\pm$ 21.56		49.90 $\pm$ 21.94
N= 70																
Maestría		34.28 $\pm$ 13.08		16.28 $\pm$ 27.00		45.14 $\pm$ 20.99		21.60 $\pm$ 93.00		9.990 $\pm$ 57.00		20.00 $\pm$ 20.00		44.28 $\pm$ 50.00		51.85 $\pm$ 28.52
N= 6																
Doctorado		45.00 $\pm$ 45.00				43.00 $\pm$ 43.00										50.00 $\pm$ 50.00
N= 2																
Situación Laboral																
Tiempo Completo	1.09	33.74 $\pm$ 24.65	1.10	20.35 $\pm$ 18.42	.79	42.35 $\pm$ 21.19	.37	38.57 $\pm$ 23.46	.52	31.50 $\pm$ 19.39	.40	24.58 $\pm$ 20.52	44	44.27 $\pm$ 19.12	.78	47.32 $\pm$ 20.49
N= 70	P=.36		P=.35		P=.60		P=.93		P=.63		P=.91		P=.89		P=.61	
Medio tiempo		42.96 $\pm$ 22.55		18.37 $\pm$ 14.73		44.18 $\pm$ 23.58		26.40 $\pm$ 32.93		20.72 $\pm$ 21.12		18.43 $\pm$ 25.96		42.18 $\pm$ 22.05		45.07 $\pm$ 23.44
N= 27																
Trabaja por su cuenta		41.27 $\pm$ 25.43		17.62 $\pm$ 16.08		43.45 $\pm$ 23.31		26.64 $\pm$ 38.75		32.07 $\pm$ 18.73		26.95 $\pm$ 20.57		41.45 $\pm$ 19.99		47.77 $\pm$ 20.22
N= 40																
Trabajo ocasional		31.42 $\pm$ 24.83		20.28 $\pm$ 17.10		39.28 $\pm$ 17.67		21.19 $\pm$ 39.42		22.80 $\pm$ 36.14		17.42 $\pm$ 13.57		47.85 $\pm$ 27.59		44.14 $\pm$ 17.16
N= 7																
Sin empleo		44.38 $\pm$ 24.96		23.08 $\pm$ 18.92		46.16 $\pm$ 23.55		45.08 $\pm$ 32.93		36.34 $\pm$ 21.12		29.45 $\pm$ 35.50		48.37 $\pm$ 50.00		54.41 $\pm$ 23.93
N= 24																
Incapacitado		49.00 $\pm$ 45.23		45.00 $\pm$ 63.63		20.00 $\pm$ 14.14		56.50 $\pm$ 41.71		38.50 $\pm$ 30.40		31.81 $\pm$ 28.92		32.82 $\pm$ 46.53		18.38 $\pm$ 48.84
N= 2																
Estudiante		15.96 $\pm$ 32.50		10.27 $\pm$ 31.50		17.35 $\pm$ 40.66		21.49 $\pm$ 19.05		37.50 $\pm$ 34.06		15.47 $\pm$ 33.88		11.66 $\pm$ 31.33		20.03 $\pm$ 38.61
N= 15																
Jubilado		35.46 $\pm$ 35.93		22.81 $\pm$ 22.81		22.38 $\pm$ 33.18		41.56 $\pm$ 23.75		25.75 $\pm$ 14.11		24.50 $\pm$ 18.89		36.37 $\pm$ 13.38		20.17 $\pm$ 16.52
N= 6																
Laboras del Hogar		18.32 $\pm$ 18.32		13.76 $\pm$ 13.76		23.43 $\pm$ 23.43		41.56 $\pm$ 18.54		14.11 $\pm$ 14.11		14.89 $\pm$ 14.89		13.38 $\pm$ 13.38		16.52 $\pm$ 16.52
N= 16																

P = Nivel de significancia observada.

**Tabla 4. Resultados del Análisis de Varianza de un factor de los porcentajes de riesgo de las ocho categorías del ISCA para el grupo de Ocupación Actual.**

GRUPOS	EMOCIONES DESAGRADABLES		MALESTAR FISICO		EMOCIONES AGRADABLES		PROBANDO AUTOCONTROL		TENTACIONES PARA USAR		CONFLICTO CON OTROS		PRESION SOCIAL		MOMENTOS AGRADABLES	
	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar
Ocupación Actual																
Profesionista	63	35.20 ± 23.84	1.08	20.75 ± 20.15	59	42.24 ± 20.91	59	37.49 ± 25.04	1.17	31.80 ± 21.57	92	22.97 ± 17.57	1.07	43.47 ± 18.40	56	48.43 ± 21.64
N= 51	P= .74	36.86 ±	P= .37	17.73 ±	P= .78	45.24 ±	P= .78	40.70 ±	P= .31	32.68 ±	P= .49	17.57 ±	P= .38	48.22 ±	P= .69	21.32
Empleado		23.25		13.04		22.61		23.06		17.99		25.23 ±		21.07		39.50 ±
N= 37		32.75 ±		20.75 ±		48.00 ±		38.00 ±		24.00 ±		25.25 ±		38.25 ±		17.00
Ejecutivo		23.84		17.76		25.17		15.68		18.18		19.41		5.68		47.07 ±
N= 4		39.67 ±		19.26 ±		39.41 ±		41.89 ±		33.15 ±		26.61 ±		43.56 ±		18.44
Oficio		26.73		17.20		21.66		24.27		18.35		23.31		19.15		54.95 ±
N= 27		45.79 ±		28.21 ±		43.89 ±		49.95 ±		42.68 ±		35.63 ±		54.95 ±		24.59
Comerciante		26.54		19.75		22.95		25.51		19.92		25.69		20.99		40.19 ±
N= 19		44.00 ±		24.24 ±		41.10 ±		42.81 ±		29.67 ±		29.52 ±		40.90 ±		19.35
Técnico		30.72		25.68		23.49		27.30		21.71		26.81		21.80		51.00 ±
N= 21		36.33 ±		16.42 ±		43.33 ±		38.75 ±		33.42 ±		23.33 ±		48.50 ±		22.69
Vendedor de Seguros		19.57		16.53		29.12		31.59		26.30		13.67		23.24		50.00 ±
N= 12		41.82 ±		14.06 ±		39.71 ±		38.00 ±		28.53 ±		23.76 ±		47.88 ±		20.31
Escribiente		19.01		9.97		16.35		20.76		15.56		15.79		14.14		42.80 ±
N= 17		37.20 ±		23.47 ±		33.20 ±		42.07 ±		24.60 ±		26.93 ±		42.07 ±		19.45
labores del hogar		18.15		12.82		23.84		25.13		14.07		18.07		18.71		
N= 15																

P = Nivel de significancia observada.

**Tabla 5. Resultados del Análisis de Varianza de Varianza de un factor de los porcentajes de riesgo de las ocho categorías del ISCA para los grupos de Número total de años de consumo, Años de beber excesivamente y Número de años de consumo problemático.**

GRUPOS	EMOCIONES DESAGRADABLES		MALESTAR FISICO		EMOCIONES AGRADABLES		PROBANDO AUTOCONTROL		TENTACIONES PARA USAR		CONFLICTO CON OTROS		PRESION SOCIAL		MOMENTOS AGRADABLES	
	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar
<b>6 Total de Años de consumo de Alcohol</b>																
0-10 años	1.08	40.94 ± 23.05	73	16.65 ± 21.12 ±	3.35	37.68 ± 21.61 ±	48	38.98 ± 24.93 ±	1.25	31.52 ± 19.68 ±	1.21	24.68 ± 17.66 ±	13	43.05 ± 20.98 ±	12	45.58 ± 21.11 ±
n= 67	P= .35		P= .07		P= .07		P= .69		P= .29		P= .30		P= .94		P= .34	
11-20 años		38.56 ± 22.91		13.90 ± 15.90		41.72 ± 20.05		40.74 ± 24.50		19.01 ± 19.86		19.86 ± 19.86		44.04 ± 18.68		46.71 ± 20.97
n= 66																
21-30 años		42.84 ± 29.25		23.18 ± 20.77		48.57 ± 27.88		44.38 ± 28.68		38.18 ± 21.99		30.78 ± 26.04		45.57 ± 18.90		51.84 ± 20.33
n= 38																
31-40 años		28.36 ± 27.14		25.54 ± 29.90		33.00 ± 20.17		35.72 ± 25.27		28.81 ± 25.44		19.54 ± 17.75		44.54 ± 24.06		40.72 ± 19.71
n= 11																
<b>Años de Beber Excesivamente</b>																
0-10 años	2.39	38.20 ± 24.09	2.02	18.90 ± 17.76 ±	2.74	39.57 ± 20.89 ±	1.49	39.06 ± 24.69	2.56	30.14 ± 19.73 ±	4.34	24.63 ± 14.61 ±	3.03	42.54 ± 19.16 ±	3.47	45.21 ± 20.97 ±
n= 142	P= .06		P= .11		P= .04		P= .21		P= .05		P= .00		P= .03		P= .01	
11-20 años		36.44 ± 23.48		22.87 ± 15.75		47.80 ± 23.17		42.86 ± 24.99		34.31 ± 17.66		26.17 ± 20.18		46.44 ± 19.23		51.05 ± 19.50
n= 47																
21-30 años		51.38 ± 25.51		20.61 ± 24.07		49.38 ± 25.60		52.84 ± 26.94		21.83 ± 21.83		27.84 ± 27.84		58.33 ± 20.97		62.75 ± 19.25
n= 13																
31-40 años		13.00 ± 10.64		12.00 ± 18.24		26.00 ± 23.00		29.66 ± 26.80		25.00 ± 27.07		3.66 ± 3.66		39.33 ± 34.03		34.63 ± 27.63
n= 3																
<b>6 de Años de Consumo Problemático.</b>																
0-5 años	1.15	36.83 ± 21.70	1.39	17.82 ± 17.82 ±	1.65	38.88 ± 20.83 ±	1.97	37.79 ± 23.59	1.98	29.62 ± 19.35 ±	2.82	23.62 ± 16.71 ±	1.96	41.68 ± 19.09 ±	1.78	44.45 ± 19.78 ±
n= 120	P= .32		P= .24		P= .17		P= .11		P= .11		P= .03		P= .12		P= .15	
6-10 años		40.72 ± 24.15		19.67 ± 15.33		45.00 ± 22.68		42.12 ± 26.94		34.37 ± 18.43		33.66 ± 19.38		48.12 ± 19.76		51.07 ± 21.97 ±
n= 40																
11-20 años		38.30 ± 28.81 ±		23.81 ± 19.45		46.93 ± 22.15		42.96 ± 25.45 ±		32.54 ± 19.79		28.32 ± 23.71		46.45 ± 19.76		49.96 ± 21.33
n= 33																
21 o más		50.09 ± 32.79		28.27 ± 22.37		43.34 ± 26.66		55.45 ± 28.91 ±		43.09 ± 23.10		33.63 ± 32.05		52.09 ± 21.45		53.90 ± 26.88 ±
n= 11																

\* Las medias con área sombreada resultaron estadísticamente diferentes.  
p = Nivel de significancia observada

**Tabla 6. Resultados del Análisis de Varianza de los porcentajes de riesgo de las ocho categorías del ISCA para los grupos de Número máximo de copas consumidas por ocasión, Promedio de copas consumidas diario y Frecuencia de consumo.**

GRUPOS	DESAGRADABLES		MALESTAR FÍSICO		EMOCIONES AGRADABLES		PROBANDO AUTOCONTROL		TENTACIONES PARA USAR		CONFLICTO SOCIAL		MOMENTOS AGRADABLES	
	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar
<b>8 Máximo de copas consumidas por ocasión</b>														
n=2	1.69	66.00 ± 14.10	.83	58.00 ± 16.50	.43	58.00 ± 16.50	.17	59.50 ± 19.09	.074	41.50 ± 30.52	1.44	63.00 ± 28.28	.91	53.00 ± 14.14
n=2		34.40 ± 26.52		18.20 ± 17.38		36.68 ± 27.35		48.28 ± 23.02		30.52 ± 23.02		40.44 ± 19.78		42.24 ± 23.05
n=25		10.6 más		20.74 ± 10.6 más		42.56 ± 20.74		41.08 ± 23.14		32.14 ± 26.21		44.73 ± 26.21		48.00 ± 23.05
n=178		23.80		18.05		21.11		25.27		19.16		19.48		20.50
<b>Promedio de copas consumidas diario</b>														
n=4.9 copas	.58	36.62 ± 26.21	.99	18.04 ± 16.47	.37	37.80 ± 22.83	2.12	37.80 ± 24.73	.14	31.13 ± 20.35	1.12	41.44 ± 20.80	.25	45.51 ± 21.27
n=45		37.82 ± 21.77		21.46 ± 17.47		43.00 ± 21.37		37.98 ± 22.61		31.53 ± 19.24		43.85 ± 18.87		47.48 ± 20.52
n=88		41.13 ± 25.74		20.84 ± 19.35		43.08 ± 22.29		45.43 ± 27.47		32.94 ± 20.15		46.88 ± 19.70		48.31 ± 21.03
n=72		25.74		19.35		22.29		27.47		20.15		19.70		21.03
<b>Frecuencia de Consumo</b>														
No consume	3.29	37.80 ± 27.80	3.60	37.80 ± 27.80	3.60	37.80 ± 27.80	1.61	39.66 ± 32.66	2.35	30.75 ± 25.10	3.61	38.75 ± 23.11	1.79	47.00 ± 23.11
n=13		27.80		18.38		21.10		32.66		25.10		38.75		23.11
n=15		22.97		17.29		25.10		25.02		20.03		38.75		17.08
1 vez mes	32.77	32.77 ± 22.21	32.77	32.77 ± 22.21	32.77	32.77 ± 22.21	30.13	30.13 ± 20.62	24.09	24.09 ± 18.19	20.31	34.36 ± 14.84	37.72	20.36 ± 47.62
n=22		38.85		18.55		21.30		20.62		18.19		14.84		47.62
1 a 2 veces por semana	23.26	23.26 ± 15.30	23.26	23.26 ± 15.30	23.26	23.26 ± 15.30	24.47	24.47 ± 19.24	19.24	19.24 ± 14.84	19.24	19.24 ± 14.84	20.18	20.18 ± 47.62
n=87		15.30		15.30		15.30		19.24		14.84		14.84		20.18
3 a 6 veces por semana	51.72	51.72 ± 26.93	51.72	51.72 ± 26.93	51.72	51.72 ± 26.93	48.18	48.18 ± 27.32	30.72	30.72 ± 18.48	37.09	53.50 ± 21.31	53.68	23.17 ± 52.61
n=22		26.93		19.09		21.30		27.32		18.48		21.31		23.17
Diariamente	50.71	50.71 ± 25.70	50.71	50.71 ± 25.70	50.71	50.71 ± 25.70	45.71	45.71 ± 25.94	41.52	41.52 ± 23.82	36.61	45.66 ± 19.88	52.61	19.45 ± 47.62
n=21		25.70		22.98		25.94		25.94		23.82		19.88		19.45

\* Las medias con área sombreada resultaron estadísticamente diferentes.  
 P = Nivel de significancia observada.

**Tabla 7. Resultados del Análisis de Varianza de un factor de los porcentajes de riesgo de las ocho categorías del ISCA para el grupo de Nivel de dependencia al alcohol.**

GRUPOS	EMOCIONES DESAGRADABLES		MALESTAR FISICO		EMOCIONES AGRADABLES		PROBANDO AUTOCONTROL		TENTACIONES PARA USAR		CONFLICTO CON OTROS		PRESION SOCIAL		MOMENTOS AGRADABLES	
	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar
Dependencia Baja N= 59	16.94 P= .00	22.31 ± 19.83	8.87 P= 00	19.35 ± 14.74	10.54 P= 00	31.89 ± 12.31	24.63 P= 00	21.20 ± 17.68	21.74 P= 00	31.10 ± 17.92	11.27 P= 00	15.30 ± 13.84	14.22 P= 00	23.63 ± 13.88	12.43 P= 00	36.71 ± 17.99
Dependencia Media N= 99		38.67 ± 20.81		19.47 ± 15.30		40.22 ± 22.83		30.30 ± 21.84		25.88 ± 17.97		25.26 ± 17.37		14.61 ± 17.37		43.68 ± 20.49
Dependencia Sobrea N= 66		46.83 ± 26.79		26.77 ± 20.90		58.63 ± 21.16		53.04 ± 27.86		43.26 ± 19.31		35.43 ± 27.86		51.14 ± 21.35		56.87 ± 19.68

\* Las medias con área sombreada resultaron estadísticamente diferentes  
P = Nivel de significancia observada.

**Tabla 8. Resultados del Análisis de Varianza de un factor de los porcentajes de riesgo de las ocho categorías del ISCA para los grupos de Número de Sesión y Resultados del Tratamiento.**

GRUPOS	EMOCIONES DESAGRABABLES		MALESTAR FISICO		EMOCIONES AGRABABLES		PROBANDO AUTOCONTROL		TENTACIONES PARA USAR		CONFLICTO CON OTROS		PRESION SOCIAL		MOMENTOS AGRABABLES	
	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar	Valor de F	Media ± Desviación Estándar
# de Sesión																
Evaluación	1.35	32.43 ± 21.81	1.82	13.12 ± 10.80	1.50	33.00 ± 21.36	1.17	32.62 ± 16.29	7.56	27.75 ± 17.10	1.31	23.18 ± 19.14	506	38.68 ± 14.43	.393	43.56 ± 14.63
N= 16	P= .24	37.06 ± 20.98	P= .13	19.96 ± 14.41	P= .20	33.00 ± 21.36	P= .32	44.29 ± 28.70	P= .55	30.09 ± 13.66	P= .26	23.48 ± 17.59	P= .73	44.29 ± 20.07	P= .81	44.29 ± 22.79
1ª Sesión																
N= 31																
2ª Sesión																
N= 33																
3ª Sesión																
N= 29																
4ª Sesión																
N= 95																
Resultados del Tratamiento																
Menor	4.20	38.45 ± 21.45	3.50	21.28 ± 16.75	2.56	45.24 ± 22.97	2.25	44.41 ± 28.76	2.57	31.48 ± 19.21	7.04	24.43 ± 18.65	2.78	45.93 ± 21.30	6.271	49.57 ± 21.86
N= 58	P= .01	37.84 ± 25.83	P= .03	16.67	P= .08	39.88 ± 19.27	P= .11	33.46 ± 20.69	P= .00	27.17 ± 20.39	P= .03	23.04 ± 18.43	P= .06	39.29 ± 19.25	P= .06	38.81 ± 17.48
Se mantuvo igual																
N= 24																
Empeoró																
N= 14																

\* Las medias con área sombreada resultaron estadísticamente diferentes.  
 P = Nivel de significancia observada.

## VI. Discusión y Conclusiones.

A partir del objetivo de esta investigación que fue identificar las situaciones de riesgo que presentaban las personas que acudieron al tratamiento de auto-cambio dirigido para bebedores problema, podemos destacar el hecho de que una persona con problemas en su forma de beber identifique “plenamente o claramente” aquellas situaciones de riesgo, que lo llevan a perder el control cuando bebe, aumentará la probabilidad de que obtenga mejores resultados en un tratamiento. De ahí que al identificar dichas situaciones utilizando un instrumento como el *Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)* puede resultar de gran utilidad al implementar un tratamiento, ya que si el individuo es capaz de afrontar adecuadamente una situación de riesgo la probabilidad de tener una recaída decrementa significativamente. El individuo que enfrenta exitosamente estas situaciones experimentará un sentido de dominio o de control y se reducirá la probabilidad de recaer.

Al iniciar este trabajo, partimos de la idea o pregunta de que no todas las personas pierden el control ante las mismas situaciones de riesgo y que ante ciertas situaciones un trabajo terapéutico tendrá mejores resultados.

Los resultados obtenidos en esta investigación mostraron que las situaciones de riesgo que presentan las personas que tienen mejores resultados en el tratamiento son aquellas que involucran situaciones de grupo y positivas como (momentos agradables, presión social y emociones agradables), mientras que el grupo que obtuvo los peores resultados (incremento de consumo) en el seguimiento a los 6 meses pierden el control ante la mayoría de las situaciones de riesgo del ISCA y más específicamente en situaciones negativas como son las emociones desagradables y la presión social.



Estos resultados concuerdan con los perfiles que Annis y Graham en 1995, obtuvieron al hacer un estudio sobre las 8 categorías del ISCA en donde obtuvieron 2 perfiles básicos, estos son:

- a) **Perfil Negativo:** clientes cuyo consumo severo es principalmente en respuesta a emociones desagradables (por ejemplo; pensamientos depresivos, ansiedad y aburrimiento) y conflicto con otros (por ejemplo; discusión en casa o en el trabajo).
- b) **Perfil Positivo:** clientes cuyo consumo severo es principalmente en respuesta a emociones agradables (por ejemplo: sentimientos relajados y ganas de celebrar), presión social para beber (por ejemplo; ofrecimientos para beber y estar en presencia de otras personas que estén bebiendo), y tiempo agradable con otros (por ejemplo; ganas de pasar un tiempo agradable con amigos y divertirse en una fiesta).

Por otro lado, Silvestre en 1998 realizó un estudio en donde encontró en una muestra de 126 sujetos que acudieron a un tratamiento para bebedores problema diferencias de situaciones de consumo entre **hombres y mujeres**, ya que las mujeres tenían mayor riesgo de consumir alcohol en emociones desagradables y los hombres en momentos agradables. Annis & Davis (1991) reportan en un estudio sobre prevención de recaídas que los hombres tienden a consumir alcohol en situaciones de naturaleza positiva (emociones agradables, probando auto-control, presión social para beber, momentos agradables con otros). En cambio las mujeres en situaciones que son de naturaleza negativa o sea en emociones desagradables, malestar físico, necesidad o urgencia por consumir y conflicto con otros.

Al correlacionar situaciones de riesgo y género, los resultados mostraron que las mujeres, tienden a perder el control al consumir en situaciones (negativas) que implican emociones desagradables y

malestar físico en comparación con los hombres que consumen en situaciones que implican emociones agradables y presión social.

Los resultados encontrados también muestran que aquellas personas que tienen **más años de beber excesivamente** (21 - 30 años) tienen más probabilidad de beber en exceso ante situaciones de conflicto con otros, momentos agradables y presión social en comparación con grupos de menos años de consumo. Resultados similares se encuentran cuando se estudio la variable de años de consumo problemático.

En la variable de **frecuencia de consumo** los resultados muestran que el grupo que consume con mas frecuencia (3 a 6 veces por semana) tiene más probabilidad de consumir alcohol en situaciones (negativas) que involucran conflicto y malestar físico en comparación con los otros grupos.

Y respecto al grupo que consume de **una a dos veces por semana** tiene más probabilidades de consumir en presión social con respecto al grupo que consume menos de una vez al mes.

Al correlacionar la variable de **Nivel de Dependencia al Alcohol** se encontró que a una mayor dependencia al alcohol (dependencia severa) se incrementa el porcentaje de riesgo en las 8 categorías del ISCA, resultado muy similar al encontrado por Annis en Canadá, en la medida que se incrementa el grado de dependencia se incrementan las situaciones en donde se pierde el control. Poder observar que a medida que existe mayor severidad en el patrón de consumo de los sujetos, los perfiles de las 8 categorías del ISCA se incrementan y por lo tanto son indiferenciados. Esto resulta ser un gran indicador acerca de que estos sujetos requieren de un tratamiento de mayor intensidad o de mayores apoyos durante el tratamiento.

Los resultados anteriores indican que existen determinadas situaciones de riesgo para aquellas personas que terminan un tratamiento, además de existir también diferencias en cuanto a género y que a un patrón de consumo de alcohol más severo se incrementan el porcentaje de riesgo en las 8 categorías del ISCA.

Cummings, Gordon, y Marlatt en 1980 realizaron un estudio similar en el que analizaron 311 episodios iniciales de recaídas en clientes con una variedad de conductas adictivas (consumo de alcohol, tabaquismo, adicción a la heroína, juego compulsivo, y sobrepeso) los investigadores identificaron que existen 3 situaciones primarias de "alto riesgo" que están asociadas con 3/4 partes de las recaídas reportadas y son las siguientes:

- Estados Emocionales Negativos (frustración, enojo, ansiedad, depresión, etc.).
- Conflictos Interpersonales (conflictos en cualquier relación interpersonal por ej. matrimonio, amistad, la familia, o relaciones de trabajo).
- Presión Social (Situaciones en las cuales se ejerce presión en el individuo para hacer la conducta problema).

Lo anterior indica que son situaciones de naturaleza negativa las que llevan a peores pronósticos de éxito a los individuos y por lo tanto a tener una mayor probabilidad de tener una recaída.

Por otro lado el perfil positivo se relaciona con un estilo social de consumo de alcohol, menos años de consumo problemático y niveles de consumo de alcohol más bajos. Esta conclusión es apoyada por lo encontrado en los perfiles positivos como tipo de perfil más común del ISCA entre participantes reclutados para participar en una Intervención Temprana para Bebedores Problema (Annis y Graham, 1995).

Dado lo anterior tenemos que las situaciones de riesgo que presentan las personas con mejores resultados en el tratamiento son acordes a un perfil positivo (Emociones Agradables, Presión Social y Momentos Agradables), por lo que es importante tomarlas en cuenta al inicio del tratamiento, en el caso de un perfil positivo el tratamiento puede enfocarse a que el cliente aprenda a identificar y anticiparse a situaciones que involucren emociones agradables, diversión y compañía de otras personas, las alternativas de habilidades de afrontamiento en estas situaciones pueden ser discutidas en ejercicios y tareas específicos. Con personas que presentan perfiles negativos, el tratamiento puede ser modificado para incidir sobre estas situaciones de riesgo y aprender a anticiparse a sentimientos negativos y situaciones de conflicto.

Dada esta perspectiva el conocimiento de los tipos de perfiles del ISCA puede servir como un medio que tenga importantes implicaciones para la planeación del tratamiento de acuerdo a cada caso.

Los hallazgos empíricos en el modelo de prevención de recaídas demuestran que aquellos clientes que tienen definidas claramente las situaciones de riesgo en el ISCA, se benefician más de un entrenamiento breve en prevención de recaídas que aquellos clientes en los cuales su consumo es más generalizado en las situaciones de riesgo, es decir que no tengan definidas específicamente sus situaciones de riesgo. **Los perfiles del cliente en las situaciones de riesgo pueden servir como la mejor herramienta de planeación de un tratamiento.**

El perfil del cliente, con la descripción en la gráfica de las situaciones de riesgo de consumo, proporciona un marco importante para enfocar y estructurar el tratamiento en las fases tempranas de la terapia.

Los resultados de esta tesis muestran que el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (Ayala, Echeverría, Oviedo, 1985) es un instrumento que ha mostrado ser útil en la evaluación de los bebedores problema en nuestro país ya que proporciona perfiles diferenciados de las áreas de mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol. Los resultados del perfil del cliente son de utilidad para el terapeuta en el desarrollo del plan individual de tratamiento y en la prevención de recaídas.

La evaluación de las situaciones de riesgo del bebedor problema es un primer paso crítico para el desarrollo de un plan de tratamiento individual. De acuerdo con la Teoría de la Auto-eficacia, lo que se necesita para un plan de tratamiento es un microanálisis de la conducta de consumo del cliente en cada una de las situaciones de alto riesgo para la recaída. Cuando el individuo entra en una situación de riesgo, se inicia un proceso de valoración cognitiva de desempeño pasado y culmina con la formación de juicio de eficacia que determinará que se lleve o no a cabo el consumo. Por lo que durante el tratamiento el cliente debe realizar tareas que involucren la ejecución de respuestas de afrontamiento relacionadas con sus situaciones de riesgo.

Por otro lado, personas con problemas en su forma de beber que entran a un tratamiento basado en un modelo de enfermedad o tienen una fuerte adherencia a la filosofía de Alcohólicos Anónimos (AA) un instrumento de este tipo no es de utilidad mientras no se acepte la importancia del aprendizaje en el patrón de consumo y la importancia del aprendizaje para prevenir una recaída y de este forma tratar más efectivamente las situaciones de alto riesgo.

Para concluir, este instrumento y otras variables claves pueden ser utilizadas para identificar personas que tendrán éxito en el tratamiento y también aquellas que requieran de apoyos adicionales reduciendo de

esta manera la deserción y el costo del tratamiento e incrementando por otra los índices de éxito de este tipo de alternativas de intervención que han venido mostrando sus bondades.

Dentro de las limitaciones que tuvo esta investigación fue el tamaño de la muestra, por lo que se sugiere en futuras investigaciones ampliar el número de esta e incluir un mayor número de sujetos del sexo femenino, otra limitación fue el hecho de que el instrumento no estuviera estandarizado ya que como se vio anteriormente el ISCA ha demostrado ser un instrumento útil en la medición de situaciones de riesgo en el consumo de alcohol por lo que debe estar acorde a la población mexicana.

Se sugiere además que se realicen otras investigaciones que permitan conocer la aplicación del instrumento con diferentes tratamientos, así como con diferentes drogas, además aplicarlo al inicio y término del tratamiento para observar la disminución o aumento de las situaciones de riesgo.

## REFERENCIAS.

- Annis M. H. (1990). Relapse to substance Abuse: Empirical Findings Within a Cognitive-Social Learning Approach. **Journal of Psychoactive Drugs**. Vol. 22 (2), Abril-Junio.
- Annis M. H. y Davis S. C. (1991). Relapse Prevention. **Alcohol Health & Research World**. Vol. 15, No. 3.
- Annis M. H. y Graham M.J. (1995). Profile Types on the Inventory of Drinking Situations. Implications for Relapse Prevention Counseling. **Psychology of Addictive Behaviors**. Vol. 9 No. 3 176-182.
- Ayala V.H. y Cárdenas L. G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. **Psicología Iberoamericana**. Vol. 4 No. 2. 5-17.
- Ayala V. H., Cárdenas L. G., Echeverría S.L., Gutiérrez L.M (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. **Salud Mental**. V. 18, No. 4.
- Ayala, V. H., y Echeverría, L. (1998). Detección temprana e intervención breve. En Medina-Mora, M. (Comp). **Beber en Tierra Generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México**. México, D.F. FISAC.
- Ayala V. H., Cárdenas L. G., Echeverría S.L., Gutiérrez L.M. (1998). **Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber**. Editorial Porrúa. México.

- Ayala, V. H.; Echeverría, L.; Sobell, M. y Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 14, 113-127.
- Ayala, V. H.; Echeverría, L.; Sobell, M. y Sobell, L. (1998). Una Alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamentalia*. Vol.6, Num.1, Junio 1998, pp.71-93.
- Ayala V.H. y Gutiérrez L.M. (1993). Una Revisión de Programas de Tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. *Consejo Nacional Contra las Adicciones*. Marzo-Abril No.16 Pp. 1-10.
- Babor, T.; Ritson, E. y Hodgson, R. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care settings: A review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*, 81, 23-46.
- Bien, T.; Miller, W. y Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addictions*. 88, 315-336.
- Blane H. T., Leonard K.E. (1987). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. Cap. 3. Guilford, New York.
- Campbell, D, y Stantey, J. (1982). *Diseños experimentales y cuasixperimentales de la investigación social*. Buenos Aires Argentina. Ed. Amorroutou. Pp. 93-98.
- Colín P.A. y Garduño G.C. (1996). *La Auto-Eficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema*. Tesis de Licenciatura. México D.F. UNAM. Facultad de Psicología.



- Díaz-Leal, L. (1998). La prevención. en Medina-Mora, M. (Comp). **Beber en Tierra Generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México.** México, D.F.
- **Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana.** (1978). Espasa - Calpe. España. Tomo 22.
- **Encuesta Nacional de Adicciones.** (1993). Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- English, H. B. (1977). **Diccionario de Psicología y Psicoanálisis.** Editorial Paidós, Argentina.
- García-Pelayo y G. R. (1980). **Pequeño Larousse Ilustrado.** Ediciones Larousse. México.
- Heather, N y Robertson I. (1983). **Controlled Drinking.** New York.
- Holder, H.; Longabaugh, R.; Miller, R. y Rubonis, A. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. **Journal of studies on Alcohol.** 52, 517-540.
- Johnson R. (1991). **Estadística Elemental.** México. Editorial Trillas.
- Kerlinger F. N. (1981). **Investigación del comportamiento.** Editorial Interamericana. México.
- Marlatt A. G. & Gordon J. R. (1980). **Relapse Prevention.** Cap.1. Guilford Press New York.

- Miller W.R. y Hester R.K (1995). **Treatment for alcohol problems.** en Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Editores Miller W.R. y Hester R.K. USA. Allyn and Bacon.
- Pick S. y Lopez A. L. (1998). **Como investigar en ciencias sociales.** Editorial Trillas. México.
- Riley, D.; Sobell, C.; Leo, G.; Sobell, B. y Klajner, F. (1987). Behavioral treatment of alcohol problems: A review and comparison of behavioral nonbehavioral studies. En Cox, W. (Ed.). **Treatment and prevention of alcohol problems: A resource Manual.** New York: academic Press.
- Sobell L. C. y Sobell M. B. (1993). **Problem Drinkers. Guided Self-Change Treatment.** The Guilford press. New York London.
- Silvestre J. K. (1998). **Diferencias por genero en un grupo de personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema.** Tesis de Licenciatura. México D.F. UNAM. Facultad de Psicología.
- Skinner H. A (1990). **Spectrum of drinkers and intervention opportunities.** Canadian Medical Association Journal, 143, 1054-1059.
- Tapia C. R. (1994). **Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas.** Editorial Manual Moderno. México.
- Villatoro J., Medina-Mora M.E., Fleiz C., Alcántar E., Hernández S. y Parra J. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Medición Otoño 1997. **Salud Mental, 22,1.**

# ANEXO 1

---

**INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO  
DE ALCOHOL <sup>1</sup>**

**ISCA**

**GUIA DEL USUARIO**

---

AUTOR: ANNIS, H.M. Ph. D.

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION.

TRADUCCION Y ADAPTACION AL ESPAÑOL:

L. ECHEVERRIA

P. OVIEDO

H. AYALA

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

---

<sup>1</sup> INVENTORY OF DRINKING SITUATIONS (IDS).

## CONTENIDO.

I.INTRODUCCION.	4
II. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.	4
III. CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS.	6
IV. FORMA DE ADMINISTRACION.	7
V. FORMA DE CALIFICACION.	7
VI. INTERPRETACION.	8
VII. VENTAJAS Y LIMITACIONES.	9
BIBLIOGRAFIA.	

# INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA).

## I. Introducción.

Se sabe que el alcoholismo es una condición crónica con un alto riesgo de recaídas. Entre personas alcohólicas, dadas de alta en programas de tratamiento orientados hacia la abstinencia, el 80% han reportado que recaen, es decir, vuelven a beber en un lapso de seis meses (Armor, Polish y Stambul, 1978; Thornton, Skolada y Alterman, 1979), y los resultados de estos tratamientos son inestables a través del tiempo (Annis, Ogborne. 1983; Finney, Moos y Newborn, 1980; Litman, Eiser y Taylor, 1979). Por lo anterior, se ha reconocido cada vez más la recaída como punto de interés en la investigación y en el tratamiento.

El Inventario Situacional de Consumo de alcohol (IDS Annis, 1982), se desarrolló como un instrumento para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1986). Basándose en un microanálisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo, el ISCA puede usarse como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo (Annis y Davis; Peachey y Annis, 1985).

Como instrumento de investigación el ISCA es una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída.

## II. Descripción del instrumento.

El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:

1. Situaciones Personales, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física, se subdivide en cinco categorías:
  - a) Emociones Desagradables.
  - b) Malestar físico.
  - c) Emociones agradables.
  - d) Probando autocontrol.
  - e) Necesidad o urgencia por consumir.
  
2. Situaciones que involucran a terceras personas, que se subdividen en tres categorías que son:
  - a) Conflicto con otros.
  - b) Presión social.
  - c) Momentos agradables.

Este sistema de clasificación se desarrolló con base en el trabajo de Marlatt, en donde alcohólicos crónicos del sexo masculino fueron entrevistados y se les preguntaron las circunstancias que rodeaban su primer episodio de recaída. Después de haber sido dados de alta de un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia, al hacer un análisis de contenido de las respuestas se derivó un sistema de clasificación de ocho categorías (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985).

Para desarrollar este instrumento se revisaron el Litman's Dangerousness Questionnaire (Litman, Eiser, Rawson, Oppenheim, 1979), Chaney's Situational Competency and Situational Difficulty Tests (Chaney, O'Leary, Marlatt, 1978) Marlatt's Drinking Profile (Marlatt, 1976), Wilkinson's self-efficacy Inventory (Wilkinson y Martin, 1979) y Deardooff's Situations for Drinking Questionnaire (Deardooff, Melges, Hout y Savage, 1975). Las sugerencias para el contenido de los reactivos se obtuvieron de pláticas con especialistas en el tema,

alcohólicos y pacientes. Un borrador del primer cuestionario se envió a cinco especialistas con experiencia en la práctica clínica (tratamiento de alcohólicos) y se les pedía sus comentarios y sugerencias sobre la claridad de los reactivos y si cubrían todas las situaciones de recaída. Retroalimentación similar se solicitó durante el piloto del cuestionario a pacientes admitidos en un programa de tratamiento.

La versión final del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol está integrada por 100 reactivos, seis de las ocho subescalas (Malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad y momentos agradables con otros) están representadas con 10 reactivos y las otras dos subescalas (emociones desagradables y conflictos con otros).

### III. Características Psicométricas del ISCA.

A fin de medir las propiedades psicométricas del instrumento, durante dos años se entrevistaron a 247 pacientes que acudían a tratamiento en la Addiction Research Foundation, y que deseaba participar voluntariamente en el proyecto. Solo se eliminaron aquellos pacientes cuya sustancia de abuso no era el alcohol o que demostraban una inadecuada comprensión del idioma.

Estructura Interna: Los puntajes de cada una de las ocho subescalas conformaron una distribución normal.

Validez de contenido: Las ocho subescalas demostraron una validez de contenido adecuada y se considera que representan adecuadamente el universo de situaciones de recaída.

Validez Externa: El ISCA no sólo demostró su utilidad para medir frecuencia de consumo excesivo, sino también para identificar situaciones específicas de personas con patrones de consumo excesivo.



**Confiabilidad:** Se encontró que cada una de las ocho subescalas tenían confiabilidad para individuos que buscaban tratamiento por ser bebedores problema.

#### IV. Forma de administración del ISCA.

El ISCA 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 aplicarse en forma individual o en grupo. No puede aplicarse cuando una persona está bajo la influencia del alcohol o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Las instrucciones que se le deben dar al usuario son las siguientes:

- a) A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos.
- b) Lea cuidadosamente cada frase, y marque la respuesta, que en forma más precisa describe con que frecuencia consumió en exceso ante diversas situaciones el año pasado.
- c) Cada uno de los 100 reactivos se contesta en una escala de cuatro puntos.
  1. Si usted "nunca" bebió en exceso en esa situación.
  2. Si "ocasionalmente" bebió en exceso en esa situación.
  3. Si "frecuentemente" bebió en exceso en esa situación.
  4. Si "casi siempre" bebió en exceso en esa situación.

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

#### V. Forma de Calificación.

Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

- a) Una respuesta de "1" = 0.
- b) Una respuesta de "2" = 1.

- c) Una respuesta de "3" = 2.
- d) Una respuesta de "4" = 3.

Se calculan 8 subpuntuajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando simplemente los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala.

Los subpuntuajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final llamado Índice de problema, esto se hace dividiendo cada subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala y multiplicando por 100.

#### VI. Interpretación.

Los puntajes del ISCA pueden ser interpretados desde tres perspectivas distintas:

1. Índice del problema.
2. Perfil del cliente.
3. Comparación de puntajes crudos con la norma. (Hasta el momento la norma canadiense).

#### Índice del problema.

Los puntajes de cada subescala van de 0 a 100, e indican la magnitud del problema del cliente relacionado con su consumo excesivo en esa escala. Por ejemplo un puntaje de 0 en una subescala indica que el cliente nunca bebió en exceso en esa situación durante el año pasado y, por lo tanto, es una situación que no presenta riesgo para el cliente. En el otro extremo, un puntaje de entre 67 y 100 indica consumo excesivo muy frecuente en esa situación durante el año pasado y, por lo tanto, el terapeuta debe considerar esta situación como de alto riesgo.

La jerarquía de situaciones de alto riesgo se hace poniendo primero los puntajes más altos, y estos tres puntajes más altos representan las áreas de mayor riesgo para consumir en exceso.

### Perfil del cliente.

El perfil del cliente se construye graficando las ocho subescalas en una gráfica de barras. Primero se incluyen las cinco subescalas que corresponden a estados personales y después las tres escalas de situaciones que involucran a terceras personas.

De esta forma se puede observar si el cliente consume en forma excesiva en situaciones personales o en situaciones de grupo.

Otra forma de obtener un perfil del cliente es categorizando las subescalas en situaciones positivas o negativas, por ejemplo, emociones desagradables, conflicto, necesidad de consumir, son situaciones negativas, mientras que emociones agradables son situaciones positivas.

### VII. Ventajas y limitaciones del ISCA.

El ISCA proporciona una evaluación de las situaciones de alto riesgo para consumir alcohol en exceso. Es un instrumento breve y de fácil administración. Los resultados del perfil del cliente son de utilidad para el terapeuta en el desarrollo del plan individual de tratamiento.

El ISCA tiene su marco teórico en una aproximación cognitivo-conductual, con base en el trabajo empírico de Marlatt y su grupo, que definieron las situaciones antecedentes que llevan a un alcohólico a recaer.

La investigación muestra que el ISCA tiene confiabilidad y validez. Este instrumento puede utilizarse como una herramienta de investigación o en la práctica clínica.

Sin embargo, deben tomarse algunas precauciones. Ya que hay clientes que tienden a minimizar la frecuencia de su consumo excesivo; de esta forma la tendencia del perfil resultará en un perfil de baja elevación, sin embargo, las diferencias obtenidas entre las diversas subescalas puede seguir siendo de utilidad clínica. Se requiere más investigación para

refinar las propiedades de medida de este inventario, en particular aplicándolo a diversas poblaciones que inician un tratamiento.

#### Adaptación a México.

Para utilizarlo en México un equipo de psicólogos revisó cada reactivo en el idioma original y se discutieron los aspectos culturales de cada pregunta, así como los 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.

Una vez terminada esta fase se les pidió a 20 profesionistas 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.

Posteriormente se piloteó el instrumento utilizando una muestra de 55 personas formadas por 68% del sexo masculino y 32% del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo, y con un nivel educativo mínimo de primaria y máximo de licenciatura.

## BIBLIOGRAFIA.

Annis, H.M. (1986). "Inventory of drinking situations, Toronto, Addiction research foundation of ontario".

Annis, H.M. (1986) "A relapse prevention model for treatment of alcoholics", en W.R. Miller y N. Heather, The Addictive Behaviors, vol. 11, Processes of change, Pergamon Press, Nueva York.

Annis, H.M. y C.S. Davis. (1986). "Assessment of expectancies in alcohol dependent clients", en G.A. Marlatt y D. Donovan, Assessment of Addictive Behaviors. Guilford Press, Nueva York.

Armor, D.J., J.M. Polish y H.B. Stambul (1978). **Alcoholism and Treatment**. Wiley, Nueva York.

Finney, J.W., R.H. Moos y C.R. Newborn (1980). "Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholics patients six months and two years after hospitalization", en Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48 (1).

Marlatt, G.A. (1976). "The drinking profile: A questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism", en E.J. Mash y L.G. Terdal, Behavior therapy assessment; diagnosis, design and evaluation, Springer, Nueva York.

Marlatt, G.A. (1978). "Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive behavioral analysis", en P.E. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg. Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment., Academic Press, Nueva York.

Mariatt, G.A. (1979). "A **cognitive behavioral model of the relapse process**", en N.A. Krasnegor, Behavioral analysis and treatment of substance abuse, National Institute on Drug Abuse Research Monograph, 25, Rockville, Maryland.

Mariatt, G.A. y J.R. Gordon (1980). "**Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change**", en P. Davidson y S. Davidson, Behavioral medicine: Changing health lifestyles. Brunner/Mazel, Nueva York.

Mariatt, G.A. y J.R. Gordon (1985). **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. Nueva York Guilford Press.

Skinner, H.A. y J.L. Horn (1984). **Alcohol dependence scale (ADS): User's guide**. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

## "INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL" (ISCA)<sup>1</sup>.

**Instrucciones:**

A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso.

Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque:

1. Si usted **"NUNCA"** bebió en exceso en esa situación
2. Si usted **"OCASIONALMENTE"** bebió en exceso en esa situación
3. Si usted **"FRECUENTEMENTE"** bebió en exceso en esa situación
4. Si usted **"CASI SIEMPRE"** bebió en exceso en esa situación.

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL APLICADOR: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo (a).	1	2	3	4
2. Cuando estaba deprimido.	1	2	3	4
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	1	2	3	4
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	1	2	3	4
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.	1	2	3	4
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	1	2	3	4
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	1	2	3	4
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	1	2	3	4
9. Cuando alguien me criticaba.	1	2	3	4
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	1	2	3	4
11. Cuando no podía dormir.	1	2	3	4
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	1	2	3	4
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	1	2	3	4
14. Cuando me sentía muy contento.	1	2	3	4

<sup>1</sup> AUTOR: ANNIS, H.M. Ph. D. DERECHOS RESERVADOS.  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.  
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA.

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía.	1	2	3	4
16. Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido.	1	2	3	4
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí.	1	2	3	4
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso.	1	2	3	4
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa.	1	2	3	4
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida.	1	2	3	4
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba.	1	2	3	4
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo.	1	2	3	4
23. Cuando sentía que no tenía a quien acudir.	1	2	3	4
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo.	1	2	3	4
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente.	1	2	3	4
26. Cuando estaba aburrido.	1	2	3	4
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos.	1	2	3	4
28. Cuando la gente era injusta conmigo.	1	2	3	4
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita.	1	2	3	4
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos.	1	2	3	4
31. Cuando me sentía seguro y relajado.	1	2	3	4
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida.	1	2	3	4
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida.	1	2	3	4
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente.	1	2	3	4
35. Cuando me sentía solo.	1	2	3	4
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas.	1	2	3	4
37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo.	1	2	3	4
38. Cuando pasaba por donde venden bebidas.	1	2	3	4



PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUUNCA	OCASIONAL	FRECUENTE	CASI SIEMPRE
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía.	1	2	3	4
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta.	1	2	3	4
41. Cuando estaba cansado.	1	2	3	4
42. Cuando tenía un dolor físico.	1	2	3	4
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas.	1	2	3	4
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo.	1	2	3	4
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara.	1	2	3	4
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más.	1	2	3	4
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	1	2	3	4
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota".	1	2	3	4
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla.	1	2	3	4
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	1	2	3	4
51. Si me sentía mareado o con náuseas.	1	2	3	4
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperan de mí.	1	2	3	4
53. Cuando me sentía muy presionado.	1	2	3	4
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa.	1	2	3	4
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien.	1	2	3	4
56. Cuando otras personas interferían con mis planes.	1	2	3	4
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía manejar la bebida.	1	2	3	4
58. Cuando todo estaba saliendo bien.	1	2	3	4
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba.	1	2	3	4
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo.	1	2	3	4
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor.	1	2	3	4

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA MENTE	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo.	1	2	3	4
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba.	1	2	3	4
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien.	1	2	3	4
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho.	1	2	3	4
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona.	1	2	3	4
67. Cuando pasaba frente a un bar.	1	2	3	4
68. Cuando me sentía vacío interiormente.	1	2	3	4
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas.	1	2	3	4
70. Cuando me sentía muy cansado.	1	2	3	4
71. Cuando todo me estaba saliendo mal.	1	2	3	4
72. Cuando quería celebrar con un amigo (a).	1	2	3	4
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa.	1	2	3	4
74. Cuando me sentía culpable de algo.	1	2	3	4
75. Cuando me sentía nervioso y tenso.	1	2	3	4
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	1	2	3	4
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia.	1	2	3	4
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo.	1	2	3	4
79. Cuando me sentía contento con mi vida.	1	2	3	4
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida.	1	2	3	4
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño.	1	2	3	4
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión.	1	2	3	4
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de hacer.	1	2	3	4
84. Cuando me reunía con un amigo(a) y sugería tomar una copa juntos.	1	2	3	4
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños.	1	2	3	4

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUCA MENTE	OCASIONAL	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
86. Cuando tenia dolor de cabeza.	1	2	3	4
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y queria sentirme mejor.	1	2	3	4
89. Cuando de repente tenia urgencia de beber una copa.	1	2	3	4
90. Cuando pensaba en las oportunidades que habia desperdiciado en la vida.	1	2	3	4
91. Cuando queria probarme a mí mismo que podia beber pocas copas sin emborracharme	1	2	3	4
92. Cuando habia problemas (pleitos) en mi hogar.	1	2	3	4
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haria más agradable.	1	2	3	4
94. Cuando tenia problemas en el trabajo.	1	2	3	4
95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y queria tener mayor intimidad.	1	2	3	4
96. Cuando mi jefe me ofrecia una copa.	1	2	3	4
97. Cuando sentia el estómago "hecho nudo".	1	2	3	4
98. Cuando me sentia feliz al recordar algo que me habia pasado.	1	2	3	4
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	1	2	3	4
100. Cuando sentia que alguien estaba tratando de controlarme y queria sentirme más independiente y poderoso.	1	2	3	4

**GRACIAS POR SU COLABORACION.**