



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

TESIS

**LA AUTO EFICACIA Y SU INFLUENCIA EN LA
REDUCCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL
DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

LÓPEZ GIL MARÍA DEL CONSUELO

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GABRIELA MARIANA RUÍZ TORRES

REVISORA: LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE



MÉXICO D.F., OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Todo gran logro comienza con un sueño, nunca dejes de soñar.

Anónimo

Dedicatoria

A mi padre: Ojala estuvieras en este momento...

Agradecimientos

A mi padre: Desde pequeña me trazaste caminos y me enseñaste que podía alcanzar las metas que yo me propusiera, sin ti, esto y lo venidero no sucedería.

A mi madre: Eres la persona que siempre esta ahí cuando la necesito, tu experiencia me ha sostenido en los momentos críticos.

A Amalia: por tus palabras de aliento y apoyo, excelente amiga y persona.

A Carmen: por disfrutar este cierre conmigo y compartir una linda amistad.

Al equipo de cinemaparkianos: estar con ustedes siempre es divertido, después de sus ánimos y alegrías nada volverá a ser lo mismo.

A Viris: soy muy afortunada en topar con personas como tú, gracias por agregar ese toque especial y único a lo que hago, por tus sugerencias, apoyo, disposición y paciencia con mis preguntas y ansiedades.

A Vicky: por tu apoyo, ánimos y consejos.

A Paty, Lucy y Adri: por su entusiasmo, ánimos y compartir sus experiencias.

Mtra. Gabriela Mariana: Este trabajo se realizó a su debido tiempo y debido a ello es algo muy satisfactorio. Gracias por tu paciencia, tu tiempo, tus conocimientos y tus contribuciones... irremplazables.

Lic. Leticia Echeverría:

Por las oportunidades brindadas, que son invaluableles.

Por compartir su experiencia y conocimientos que hicieron posible la realización de este trabajo.

Por su paciencia, por ser tan admirable persona y profesionista.

A los sinodales

Dr. Samuel Jurado, Lic. Asunción Valenzuela, Dra. Lydia Barragán: por sus comentarios, sugerencias, disposición y hacer posible este cierre.

Gracias a todos, por jugar un papel clave en este proceso y en mi vida...

Índice

Resumen	11
Introducción	12
Capítulo 1. Consumo de Alcohol en México	15
Capítulo 2. Modelos de Tratamiento	20
Modelos de Prevención	22
Modelos de Tratamiento	25
Hospitalario.....	25
Rehabilitación	26
Comunidades Terapéuticas.....	26
Ambulatorio	26
Intervenciones Breves	27
Capítulo 3. La Auto Eficacia y el Consumo de Alcohol.....	35
Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje	41
Investigaciones relacionadas con la Auto Eficacia	50
Método	55
Pregunta de Investigación.....	56
Objetivos Generales.....	56
Objetivos Específicos	56
Hipótesis de Trabajo	57
Variables Dependientes.....	57
Variables Independientes	58
Tipo de estudio	58
Sujetos	58

Instrumentos	59
Procedimiento	62
Resultados	65
Características Psicosociales de los Participantes	66
Comparación de las Variables Auto Eficacia y Consumo de Alcohol antes y después de la Intervención Breve	71
Asociación entre las variables Auto Eficacia y Consumo de Alcohol	74
Discusión y Conclusiones	79
Referencias	88
Apéndice 1. Entrevista Inicial.	95
Apéndice 2. Línea Base Retrospectiva.	102
Apéndice 3. Cuestionario de Confianza Situacional.....	104
Apéndice 4. Entrevista de Seguimiento.	106

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de la muestra de acuerdo a la Percepción del Consumo de Alcohol antes de la Intervención.....	67
Figura 2. Distribución de la muestra de acuerdo a la frecuencia de consumo por semana antes de la Intervención.....	68
Figura 3. Promedio de consumo diario antes y después de la Intervención.....	69
Figura 4. Proporción de problemas asociados al consumo antes y después de la Intervención.	71
Figura 5. Comparación en los niveles de Auto Eficacia antes y después de la Intervención.	72

Índice de Tablas

Tabla 1. Resultados de la prueba T de Student con muestras relacionadas para las ocho escalas del Cuestionario de Confianza Situacional.....	72
Tabla 2. Resultados de la prueba T de Student con muestras relacionadas para el patrón de consumo.....	73
Tabla 3. Resultados de la prueba de Asociación de Pearson entre Auto Eficacia y Consumo de Alcohol antes de la Intervención.	77
Tabla 4. Resultados de la prueba de Asociación de Pearson entre Auto Eficacia y Consumo de Alcohol después de la Intervención.	78

Resumen

Actualmente el problema del consumo excesivo de alcohol es un fenómeno que tiene diversas implicaciones nocivas en diferentes ámbitos, por lo cual resulta necesario el estudio de las variables involucradas para mejorar y constatar la efectividad de las intervenciones dirigidas a atajar el problema. En esta investigación se estudió la asociación de la auto eficacia con la reducción del patrón de consumo de alcohol en un grupo de 28 bebedores problemas que acudió para ello al Centro de Prevención y Atención de las Adicciones, perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM. Mediante el uso de entrevistas, el Cuestionario de Confianza Situacional y la Línea Base Retrospectiva, se recopilaron los datos relacionados a la auto eficacia y el consumo de alcohol para, posteriormente, hacer una comparación de sus niveles antes y después de la Intervención Breve para Bebedores Problema. Los resultados mostraron que la intervención breve incrementó los niveles de auto eficacia y que dicho incremento se asoció a la reducción del consumo de alcohol y de los problemas asociados. Así también que las modificaciones en los niveles de auto eficacia se llevaron a cabo en ocho situaciones, siendo significativas en las circunstancias de emociones agradables, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros.

Palabras clave: auto eficacia, consumo de alcohol, intervención breve.

Introducción

En México, en lo que se refiere a salud pública, el principal problema lo constituye el abuso en el consumo de alcohol (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

Así, se ha reportado que el patrón característico de los hombres urbanos es el consumo de grandes cantidades (ENA,2002).

Además, al determinar el nivel de consumo de la población mexicana, se ha reportado que la mayoría (74.3) requiere de educación para la salud pues no bebe o limita su consumo, el 24.7% requiere de intervención breve ya que tiene un consumo alto de alcohol pero no presenta síntomas de dependencia severa, y el 1% presenta dependencia severa y es necesario un tratamiento especializado (ENA, 2002).

De esta manera, se observa que el mayor porcentaje de la población requiere de intervención breve, por lo cual, se han desarrollado programas de esta índole para atajar el problema de abuso en el consumo de alcohol.

Lo anterior es relevante, ya que como es sabido, el abuso en el consumo de alcohol puede acarrear problemas de diversa índole como son personal, familiar, económica, legal, laboral, escolar, etc.

En el presente trabajo el interés fue comprobar la influencia de la auto eficacia en la reducción del patrón de consumo de alcohol en bebedores problema después de una intervención breve de enfoque cognitivo-conductual y evaluar la interacción entre las variables del estudio para observar su funcionamiento antes y después de la intervención.

De manera que, para comenzar a abordar el problema de investigación, se partió de la epidemiología del consumo de alcohol en México, la cual conforma

el capítulo 1. Los datos revelados de algunas encuestas de este corte han demostrado la necesidad de intervenciones para modificar la incidencia del consumo de alcohol. Por lo cual, en el capítulo 2 se revisan algunos modelos de tratamiento que se han diseñado para intervenir en la problemática, entre ellos se destaca el modelo de Intervención Breve para Bebedores Problema ya que constituye la herramienta empleada para modificar el consumo de alcohol en la muestra analizada en este trabajo. Finalmente, el capítulo 3 se enfoca al componente de auto eficacia para comprender su concepto, revisando su definición y su papel en el contexto de las adicciones, así como la teoría a partir de la cual se construyó: Teoría Cognitiva Social del Aprendizaje. Dentro de este capítulo, además, se revisan otras teorías que explican la influencia de las creencias de eficacia en el comportamiento. El capítulo 3, por último, se conforma por un apartado dedicado a las investigaciones relacionadas, que estudian a la auto eficacia y su asociación con el consumo de alcohol.

No obstante no es suficiente contar con las intervenciones, pues es importante verificar su efectividad. La presente investigación analiza la efectividad de la Intervención Breve para Bebedores Problema mediante el análisis de una de sus variables mediadoras más importantes: la auto eficacia.

**LA AUTO EFICACIA Y SU INFLUENCIA EN LA REDUCCIÓN DEL PATRÓN
DE CONSUMO DE ALCOHOL DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE**

CAPÍTULO 1
CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

En cuanto a abuso de sustancias se refiere, el principal problema de salud pública en el país es el abuso de alcohol. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002), dicho problema ocupa el quinto lugar en el mundo entre 27 factores de riesgo en términos de muerte prematura y días de vida sanos perdidos. Por otra parte, en América Latina, en países con baja tasa de mortalidad, entre ellos México, el abuso de alcohol se ubica en el primer lugar (ENA, 2002).

Ahora bien, a pesar de que la sociedad está preocupada por el abuso de alcohol y otras sustancias, el consumo de alcohol es tolerado por gran parte de ésta, aun y cuando acarrea problemas importantes, hasta el grado de afectar a un sin número de familias (ENA, 2002). Debido a ello, a continuación se describe una revisión de la magnitud del problema del abuso en el consumo de alcohol en la población mexicana.

Por principio, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2001 (Medina-Mora y cols., 2003 en González, 2005), los resultados muestran que el trastorno por uso de sustancias alguna vez en la vida, forma parte de los principales trastornos reportados por la población mexicana, siendo éste el que ocupa el segundo lugar (9.2%) después de los trastornos de ansiedad (14.3%).

Otro estudio mostró que el alcohol estuvo relacionado con el mayor porcentaje (60.5%) de lesiones por causa externa, motivo de solicitud de atención en servicios de urgencia hospitalaria y con el mayor porcentaje (77.1%) de defunciones bajo la influencia de alguna droga (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2001).

Dentro del abuso de sustancias, la droga de inicio reportada con mayor frecuencia durante 2001 en los CIJ (González, 2005) fue el alcohol con un porcentaje de 33.8% del total de los entrevistados, lo cual coincide con los datos reportados en el SISVEA (2001), aunque las cifras varían, en cuanto a drogas de inicio en Centros de Tratamiento No Gubernamentales y servicios de

atención, en donde la marihuana ocupó el 30.2% y el alcohol el 27.8%. De manera parecida, en pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos se encontró que 41.7% de las personas reportaron a la marihuana como droga de inicio y el 28.7% al alcohol (SISVEA, 2001). Por otro parte, el ISSSTE atendió, en el mismo año, a pacientes involucrados con diversas drogas, siendo los relacionados con el alcohol el 37.8% del total, ocupando el segundo porcentaje más alto después del tabaquismo que abarcó el 52.5% (González, 2005).

Así también, el alcohol ocupa el segundo lugar en cuanto a las sustancias bajo cuyo influjo se comente una infracción en menores (27%) después de la marihuana (34%) (González, 2005).

Por otro lado, en la última Encuesta Nacional de Adicciones (2002) se observa un gran índice de abstemios entre personas con edad legal para beber, tratándose del 30% de los varones y del 63% de las mujeres, de los cuales, el 2% dejó de consumir por calificarlo como un problema.

En términos de frecuencia, el consumo diario se encontró poco frecuente (0.5%) en la población mexicana en general. De manera particular, el porcentaje más alto encontrado fue en la población masculina urbana, en donde 3.2% reportaron consumir diario; por el contrario, el consumo de grandes cantidades (5 o más tragos estándar por ocasión) se encontró muy frecuente en este sector, considerándose de esta forma, el patrón característico en los hombres urbanos (45%).

Por otra parte, del periodo de 1998 a 2002 se observaron pocas diferencias en los índices de consumo y dependencia en la población de 18 a 65 años, no obstante, los índices de consumo alto aumentaron en las mujeres, de manera que de 4% que consumía 5 tragos estándar o más por ocasión una vez al mes o más frecuentemente en 1998, aumentó a 5.3% en 2002.

En cuanto al lugar de consumo, el más frecuente es la casa del bebedor, ya que esto ocurrió en un 34.8%; en segundo lugar está la casa de otra persona (26.92%), seguido de restaurantes (10.97%) y establecimientos de venta (11.58% con licencia, 2.83% sin licencia), mientras que en menor proporción se consumió en la calle (6.05%) y en el trabajo (2.39%). En general, casi el 61% del consumo ocurre fuera de la casa del bebedor.

Por otra parte, 7.25% que ha consumido alcohol y viven en comunidades rurales y urbanas del país reportó haber tenido peleas o discusiones familiares, 4.68% problemas con las autoridades de tránsito y 1.74% fue arrestado por conducir después de tomar algunos tragos estándar.

Desprendiéndose de las características del consumo de alcohol en México, la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 determinó el porcentaje de personas que requieren atención en el sistema de salud y el tipo de atención requerida, reportando que:

- El 74.3% (51.8 millones) no bebe o limita el alcohol que consume y requiere de educación para la salud;
- El 21.6% (15 millones) son *usuarios con consumo alto sin síntomas* y requieren de intervención breve;
- El 3.1% *presenta síntomas sin diagnóstico de dependencia* física y requiere también de intervención breve y;
- El 1% presenta dependencia severa y requiere de tratamiento especializado.

De esta forma, se observa que el 24.7% de la población está conformada por los denominados bebedores problema, es decir, por aquellos sujetos que beben de manera episódica pero explosiva, que los expone a una serie de consecuencias nocivas como son accidentes, riñas, discusiones, detenciones, violencia intrafamiliar e incluso la muerte.

Así mismo, la ENA 2002 describe la necesidad de prevención y tratamiento en las comunidades urbanas, en donde el 5.8% de hombres y el 0.7% de mujeres presentan problemas sin dependencia física y el 36.6% de hombres y 11% de mujeres presentan abuso de alcohol, los cuales pueden beneficiarse de programas de intervención breve.

En resumen, el abuso de alcohol en nuestro país se encuentra matizado por características culturales específicas: ocurre más en varones, existe un patrón episódico y explosivo, en donde se consumen grandes cantidades en periodos cortos de tiempo, y el consumo está asociado a diferentes problemas, entre ellos accidentes y violencia.

De manera que la información epidemiológica muestra que el abuso en el consumo de alcohol en México es un problema de salud pública. De ahí que, por consecuencia, se haya considerado intervenir para modificarlo; a lo largo de la historia se han diseñado modelos para tratar las adicciones; es por ello que resulta necesario hacer una revisión de algunos modelos de atención que hasta ahora existen para atender el abuso en el consumo de alcohol.

CAPÍTULO 2
MODELOS DE TRATAMIENTO

Los modelos de tratamiento que han surgido para abordar el problema del abuso de alcohol abarcan la prevención, tratamiento y mantenimiento del cambio favorable del patrón de consumo. En este capítulo se describen algunas estrategias de prevención y tratamiento orientadas a la modificación del consumo de alcohol y otras drogas.

Inicialmente, es necesario entender la forma en que es definida la prevención; así, desde la perspectiva de Díaz-Leal, la prevención se define desde cuatro aspectos: salud, ambiente, enfermedad y riesgos. Con lo que respecta a la salud, el objetivo es promover y protegerla; en cuanto al ambiente, mejorarlo; con respecto a la enfermedad y los riesgos, impedirlos. En general, se trata de evitar o reducir las enfermedades, así como los riesgos y consecuencias que conllevan (Díaz-Leal, 1998). A partir de los riesgos y la concepción de enfermedad, Gordon (1994), propone tres estrategias de prevención: universal, selectiva e indicada.

Con lo que respecta a las estrategias universales, éstas se dirigen a individuos que aún no están considerados en riesgo, se caracterizan por ser de bajo costo y efectivas; lo que pretenden es retardar o prevenir el abuso de drogas mediante la información y el desarrollo de habilidades.

En lo concerniente a las estrategias selectivas, éstas son aplicables cuando se trata de poblaciones en las que los individuos presentan riesgos mayores, ya sean individuales o ambientales con el objetivo de evitar el inicio del abuso de drogas, mediante el fortalecimiento de los factores de protección.

Y por último, las estrategias indicadas resultan necesarias en el caso de personas con índices elevados de riesgo; su objetivo es identificar este tipo de casos (lo cual implica altos costos que restringen la aplicación de esta modalidad de prevención a poblaciones numerosas), retardar el inicio del abuso y reducir la severidad del consumo excesivo de sustancias.

MODELOS DE PREVENCIÓN

Entre los modelos de prevención (Díaz-Leal, 1998) se encuentran el modelo del control del consumo, el modelo de salud pública, el modelo psicosocial, el modelo sociocultural y el modelo comprensivo; éstos se basan en diversos aspectos como son el movimiento de temperancia, la epidemiología, la concepción de la tríada individuo-agente-medio ambiente, las normas y valores sociales, y la información objetiva del alcohol y su consumo, respectivamente; así, el objetivo en común es abordar el consumo de alcohol para que no se convierta en un problema de salud pública o para reducir su impacto.

El primer aspecto a revisar, es el movimiento de temperancia (Hanson, 1996), que sienta la base para el **Modelo del Control del consumo de alcohol**; este movimiento se vincula con el prohibicionismo que durante la década de los veinte surgió en Estados Unidos en relación al alcohol, que abarcaba su elaboración, distribución, venta, posesión y consumo.

Desde esta perspectiva, el alcohol es el problema, pues de su abuso surgen otras problemáticas y la cantidad de consumo está determinada por su disponibilidad; esto, a su vez, impacta en la gravedad que adquiera el fenómeno, por lo que se sugiere la abstinencia. Dada la forma de este modelo para concebir el problema, el alcohol y el consumidor son estigmatizados.

El modelo que se explica en este apartado, corresponde al **Modelo de Salud Pública** (Institute of Medicine, 1990), en el cual se aborda el consumo de alcohol como una problemática relacionada con aspectos individuales, interpersonales y sociales a partir de la epidemiología. En este marco, el huésped y el ambiente influyen en el problema en dos direcciones: aminorándolo o precipitándolo; así, el agente es el alcohol, el huésped es el individuo en condición de ser susceptible a los efectos del alcohol, y el medio ambiente es el entorno físico, interpersonal o social que le proporciona al individuo la oportunidad de consumo y se relaciona con los riesgos que del

consumo se derivan. Cabe mencionar que el medio ambiente es un factor importante en el problema del consumo de alcohol, ya que regula la exposición de alcohol que tiene el individuo e impacta en los riesgos que pueden surgir del consumo. El entorno puede verse desde un enfoque sistémico, considerando el ambiente macrosocial y microsocioal, que incluye la legislación, la economía y las normas y los valores. Estos últimos, las normas y los valores, contemplan las percepciones, creencias y actitudes que las personas tienen del alcohol.

De esta forma, el problema del consumo no tiene una sola explicación y sus dimensiones y características dependerán de la interacción de los elementos: agente, huésped y medio ambiente. Una ventaja de este enfoque es que favorece la conciencia del problema.

Sin embargo, el modelo es aceptable en la medida en que exista una legislación que respalde sus acciones, lo cual se puede lograr con un acuerdo entre sociedad y autoridades. De ahí que en México haya dificultades para emplear este modelo, pues la sociedad aún no tiene una conciencia del problema que permita establecer una legislación para regular el problema del consumo de alcohol (Díaz-Leal, 1998).

Teniendo como punto de partida la falta de conciencia del problema en México, lo siguiente es crear o implementar estrategias preventivas para fomentar la conciencia del problema; una forma de hacerlo es difundiendo el conocimiento del problema, es decir, el conocimiento sobre el impacto nocivo que el consumo de alcohol genera cuando se hace en grandes cantidades.

Una vez que se tiene la información, se puede aspirar a la búsqueda de atención y a la canalización a los servicios correspondientes. De manera que la conexión entre conocimiento, actitudes y comportamiento, es la piedra angular de este tipo de programas. No obstante, no está del todo demostrada la conexión entre conocimiento, cambio de actitudes y la conducta de beber,

incluso algunos estudios han puesto de manifiesto el efecto contraproducente de estos programas (Secades, 1998).

Continuando con la revisión de modelos de prevención, de acuerdo a Díaz-Leal (1998), existe uno parecido al modelo de salud pública porque retoma la tríada agente, huésped y medio ambiente, si bien se concentra en el papel que juega el individuo en la tríada y en el uso que el individuo hace del alcohol: el **Modelo Psicosocial**. Esta perspectiva considera la interacción del sujeto con todas aquellas personas con las que puede relacionarse, como son familiares, amigos, compañeros y la comunidad. Aquí el entorno resulta determinante en la forma que adquieren el uso del alcohol y los problemas derivados. Entonces, el modelo implementa medidas dirigidas específicamente al consumo de alcohol; no obstante, son aplicables también a otros comportamientos considerados destructivos. En este punto destaca la teoría del aprendizaje por su valor en las estrategias preventivas, uno de los supuestos básicos de la teoría es que el fenómeno del aprendizaje es permanente. Así, las personas se encuentran en constante posibilidad de desarrollar habilidades para obtener resultados eficaces que les permitan regular la propia conducta; esto de acuerdo al entorno en el que se encuentren.

En tanto que en el **Modelo Sociocultural** (Bales, 1946) se distingue entre el consumo de alcohol y el exceso en el consumo. Así, el problema básico es el abuso en el consumo y la herramienta principal para intervenir es la educación, porque facilita la toma de decisiones entre dos opciones: la abstinencia o el consumo responsable. En caso de la segunda opción, se recomienda aclarar lo mejor posible las normas en relación a lo que es un comportamiento aceptable y lo que no lo es.

Cabe mencionar, que dentro de las principales ventajas de este modelo, se encuentra el apoyo al consumo responsable, sobre todo si se toma en cuenta que el consumo responsable es considerado como una de las soluciones más adecuadas al problema del consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias.

Para finalizar esta sección, se destacan a continuación las características del **Modelo Comprensivo** (Díaz-Leal, 1998). Bajo este esquema, se consideran las características del individuo en relación a su consumo y abarca diversas estrategias que consideran desde el no consumo hasta la dependencia. Entre sus programas, se encuentran los informativos, educativos, alternativos y de intervención, que también consideran a la familia y a la comunidad.

En general, es recomendable que entre los modelos de prevención existan alternativas diversas y numerosas, sin olvidar al ser humano en cada una de sus facetas: física, emocional e intelectual, así como su evolución personal y su actuación social (Nato 2001).

MODELOS DE TRATAMIENTO

“El término tratamiento incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y población objeto. Puede tratarse de una sola sesión, o bien, de tratamientos en los que el paciente es internado y permanece aislado de su medio durante periodos relativamente largos” (Ayala y Echeverría, 1998, p. 151). Algunos de los tratamientos para adicciones son:

1. Modelo Hospitalario

Así, el modelo hospitalario está indicado para pacientes con problemas médicos y psiquiátricos importantes; para los síntomas graves de abstinencia; cuando el tratamiento ambulatorio, la familia, los amigos o los miembros de Alcohólicos Anónimos (AA) no pueden proporcionar una red de apoyo social adecuada para la abstinencia; o en el caso de poliadicciones. Después de llevar a cabo la desintoxicación en el hospital, se lleva a cabo un tratamiento de rehabilitación de tipo ambulatorio u hospitalario (Mack, Franklin y Frances, 2003).

1a.Rehabilitación

En cuanto a los tratamientos de rehabilitación residencial, se pueden clasificar en tratamientos de largo y corto plazo según su duración. Los de corta duración pueden abarcar de 30 a 90 días, por otra parte, los programas a largo plazo se extienden de 6 meses a un año y no incluyen la abstinencia con supervisión médica. La "comunidad terapéutica" es el modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo.

1b.Comunidades terapéuticas

En los programas de comunidad terapéutica las personas tienen vida comunitaria con otros dependientes en recuperación, en donde los casos se atienden individualmente y se atienden la prevención de recaídas y diversos aspectos de la vida cotidiana, además se ofrece apoyo una vez terminado el tratamiento. Algunos programas disponen de hogares intermedios o de transición cerca del lugar donde se lleva a cabo el programa residencial principal, en estos hogares se trabaja en la reincorporación a la comunidad y se continúa con la intervención de rehabilitación (CONADIC, 2001).

2.Modelo Ambulatorio

El modelo ambulatorio tiene dos modalidades de aplicación: en el despacho de un profesional de manera individual y en un hospital. En cuanto a su utilización para cambiar un patrón de consumo de alcohol, se necesitan algunos requisitos previos como son: una elevada motivación y apoyo social adecuado, ausencia de síntomas graves de abstinencia, consumo reciente moderado, ausencia de trastornos psiquiátricos o graves y ausencia de poliadicción (Mack, Franklin y Frances, 2003).

En general, las intervenciones comunitarias y ambulatorias ofrecen un plan de atención psicoterapéutica; este plan se configura según las necesidades del paciente, para el cual, el profesional que atiende la problemática identifica las características importantes del sujeto en el tratamiento, entre éstas se encuentran los recursos, personales, apoyos sociales, factores de tensión y los

problemas relacionados. Posterior a este análisis, se realiza el establecimiento de metas individuales de tratamiento que la persona desea alcanzar; el cumplimiento de la meta se verifica periódicamente a lo largo del tratamiento.

Por consiguiente, en estos modelos resulta prioritario ayudar a los individuos a comprender y reconocer su comportamiento de consumo de drogas; para reducir las consecuencias negativas, modificando el patrón de consumo. Adicionalmente, las sesiones de asesoramiento y educación, individuales y grupales, pueden centrarse en diversos temas como el VIH-SIDA, las relaciones familiares, la formación profesional, la reinserción laboral, vivienda y asuntos jurídicos (CONADIC, 2001).

Intervenciones Breves

Las intervenciones breves constituyen una nueva forma de tratamiento. El concepto de intervención breve se ha empleado para abarcar a las técnicas específicas que enfrentan a las personas con su problema de consumo de alcohol, en la dirección de crear un reconocimiento del problema e incrementar la motivación para iniciar un tratamiento (Ayala y Echeverría, 1998).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (en Ayala y Echeverría, 1998; Echeverría, Ruíz, Salázar, Tiburcio y Velázquez, 2005; World Health Organization, 2003) define la intervención breve como una estrategia terapéutica cuyo objetivo es identificar en forma temprana a las personas que tienen un consumo de alcohol riesgoso o destructivo, para ofrecerles tratamiento incluso antes de que ellos lo soliciten voluntariamente y motivarlos a cambiar el uso de la sustancia; esta táctica está diseñada para los individuos que aún no han desarrollado dependencia física o graves complicaciones psicosociales.

En lo que corresponde a las características de las intervenciones breves, el número de sesiones son cuatro como máximo y en cada una de ellas se busca

la motivación para el cambio de la conducta de consumo, mediante consejo y apoyo; la persona que aplica la intervención puede o no ser un profesional especializado en adicciones, por su parte, quien recibe la intervención no tiene diagnóstico de dependencia, aunque sí presenta problemas con su consumo de alcohol; las metas pueden ser la moderación o la abstinencia (Ayala y Echeverría, 1998).

Algo que destaca en estas estrategias es el papel del sujeto como responsable de su cambio, en el cual sus recursos personales son clave para lograr la meta y en donde la "conciencia de ser eficaz" para conseguir la meta posibilita el cambio en el consumo por el optimismo que genera (Echeverría et.al., 2005).

En general, las características de la Intervención Breve para Bebedores Problema son las siguientes: La modalidad es de consulta externa y no intensiva, lo que ayuda al individuo a comprometerse a reducir su consumo de alcohol, además de apoyarlo para organizar sus fortalezas para resolver los problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol. En lo que respecta a la meta, se trata de ayudar al usuario problema a desarrollar estrategias generales de solución de problemas para enfrentar cambios en el estilo de vida o en la conducta; además, el modelo permite elegir entre la moderación y la abstinencia como metas de tratamiento. En cuanto al número de sesiones, el tratamiento consta de cinco sesiones de aproximadamente 45 minutos una vez a la semana y cada sesión tiene distintas características (Ayala y Echeverría, 1998; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

Los siguientes párrafos describen a detalle las características de la Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, et. al., 1997; Ayala y Echeverría, 1998).

Por principio, se lleva a cabo el primer contacto del usuario con el terapeuta y este paso es llamado Admisión, el objetivo es determinar la motivación para el cambio y llevarla a las etapas de determinación y acción, haciendo, al mismo

tiempo, responsable al cliente de su cambio, así también, se ubica si el usuario es candidato para participar en el modelo a partir de una revisión de los criterios de inclusión.

Posteriormente, la siguiente sesión del tratamiento consiste en una Evaluación que permite obtener información sobre la forma de beber del cliente, las consecuencias asociadas, las situaciones de consumo y otras variables importantes, entre ellas la auto eficacia.

En la primera sesión, el objetivo es aumentar la motivación para el cambio, lo cual requiere que el cliente comente las razones para cambiar su forma de consumo, considerando costos y beneficios tanto de cambiar el consumo actual como de seguir bebiendo sin modificación alguna. También se establecen las metas de consumo para las siguientes semanas, ya sea moderación o abstinencia, y para esta tarea el cliente recibe el apoyo del terapeuta.

Después, en la segunda sesión, el cliente debe identificar las situaciones de riesgo que lo llevan a consumir en exceso y sin control, además de las consecuencias positivas y negativas del consumo en estas situaciones. Adicionalmente, se habla de la posibilidad de que haya recaídas durante y después del tratamiento, considerándolas errores de los que se puede aprender y no como fracasos personales o del tratamiento: se enfatiza su papel en el proceso de cambio y recuperación.

A continuación, en la tercera sesión, el cliente describe las opciones de solución a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, asimismo, se discuten los planes de acción para las opciones más realistas y adecuadas para posteriormente establecer un programa general de solución de problemas; el objetivo es que el cliente describa y analice sus recursos –estilos de afrontamiento y apoyos sociales- para utilizarlos en su programa de cambio.

Para el término de la intervención se realiza la cuarta sesión, en la cual se comentan los avances alcanzados según los planes de acción y también se

realiza un resumen de las sesiones anteriores para establecer una nueva meta para el siguiente año –moderación o abstinencia; en resumen, la finalidad de la revisión de la meta es ayudar al cliente a considerar si es la más adecuada de acuerdo a sus necesidades y a identificar qué estrategia le ha permitido lograrla.

Una vez que se ha terminado la intervención, se recomienda realizar contactos sistemáticos al mes, tres, seis y doce meses de realizado el programa, para evaluar los aspectos que son efectivos; los contactos posteriores son para fortalecer el proceso de tratamiento y sus beneficios, en términos de prevenir o analizar (cuando ya sucedió) una recaída, por consiguiente, en esta fase posterior al tratamiento, se realizan los ajustes necesarios para que el cliente tenga éxito en su nueva forma de consumo. En total, el programa se aplica en 6 sesiones semanales y 4 periodos de seguimiento.

Finalmente, Ayala et. al. añaden que un punto favorable de la Intervención Breve para Bebedores Problema es la flexibilidad que puede adquirir, pues contempla la forma particular del consumo de una persona y su diversidad de circunstancias, así como la variedad de estrategias que se pueden llevar a cabo para realizar un cambio.

Ahora bien, una cuestión que es importante revisar, corresponde a la efectividad de las intervenciones breves. La efectividad se ha medido en términos del porcentaje de usuarios de alcohol que modifica su patrón de consumo después del tratamiento, de la reducción de la intensidad del consumo y del número de días que las personas permanecen abstemias. En adición, la intervención puede proporcionar cambios en la satisfacción y sensación de mejoría del usuario.

A continuación, se presentan varios estudios que se han interesado en modificar el patrón de consumo de alcohol con intervención breve y que han mostrado resultados favorables en este sentido.

Por ejemplo, las investigaciones basadas en ensayos aleatorios (en Echeverría et. al., 2005) han demostrado que las intervenciones breves, con duración desde una sesión de 15 minutos hasta varias sesiones de asesoría, producen reducciones significativas del consumo de bebedores problema. En cuanto al sexo, se observaron decrementos mayores en el consumo de hombres del grupo experimental de 5 y 20 tragos estándar que en el grupo control; por otro lado, los resultados con mujeres son inconsistentes, en donde el tamaño de la muestra parece que fue el factor involucrado.

Otro estudio relacionado es el estudio Malmö en Suecia (Bien y cols. 1993 en Echeverría et. al., 2005), el cual es hasta ahora el más largo sobre intervenciones breves. Dicho estudio tuvo una duración de cinco años y sus resultados mostraron diferencias clínicamente significativas como la reducción del número de días de hospitalización y de ausentismo.

Por otro lado, estudios de la OMS, en Oxford y el Reino Unido (en Echeverría et. al., 2005), que han observado el efecto de una sola intervención en la reducción del consumo de alcohol (entrevista, orientación y consejo breve) tuvieron como resultado que el 44%, 22.5% y 24% de hombres redujeron su consumo a niveles moderados, respectivamente; en comparación con los porcentajes de 26, 5 y 17 del grupo control.

En lo que se refiere a los estudios realizados en México, una de las investigaciones más importantes en el tema, es la adaptación y evaluación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve, que realizó Ayala y cols. (1995). En éste destaca el empleo de estrategias como el auto-control y la reducción del daño; el objetivo es incidir en el patrón de consumo de los usuarios de alcohol y en los problemas relacionados. Además, el modelo busca incrementar la auto eficacia mediante la enseñanza de estrategias que permitan controlar situaciones de consumo.

De hecho, este estudio brindó los primeros resultados de una intervención dirigida a bebedores problema. Para ello, se trabajó con 108 personas y se

analizaron los siguientes factores: situaciones de riesgo, patrón de consumo en los 12 meses anteriores al tratamiento, auto eficacia y consecuencias del consumo. En cuanto al procedimiento, éste ya se describió en los párrafos anteriores.

Respecto a los resultados, cuando se examinó cuál era la meta que se elegía con más frecuencia, se encontró que el 81% prefirió la moderación y el 19% la abstinencia; de forma parecida, en el segundo establecimiento de metas, el 83% eligió moderación y 17% escogió la abstinencia. En relación al número de días que permanecieron abstemios, se observó un aumento después del tratamiento, es decir, de 62% en los 12 meses previos aumentó a 74% durante el tratamiento.

Acorde a lo anterior, el patrón de consumo, medido en términos del número de tragos estándar por ocasión, disminuyó de 10.26 tragos estándar durante los 12 meses previos a 2.74 tragos estándar durante el tratamiento.

El último dato que proporciona el estudio es el de satisfacción con el tratamiento; así, se obtuvo que el 61% dijo estar extremadamente satisfecho y el 39% estar satisfecho, similarmente; el 77% consideró extremadamente útil al tratamiento y 23% indicó que los había ayudado.

Por otra parte, Ayala et. al. (1997) realizaron otro estudio en México con 177 personas, desarrollando el procedimiento del modelo de Auto cambio Dirigido descrito anteriormente; los resultados mostraron cambios en distintos indicadores como el patrón de consumo, nivel de problemática asociada, auto-percepción de mejoría, auto eficacia y satisfacción con su calidad de vida.

En cuanto al porcentaje de días por mes de no haber consumido alcohol, se encontró que el porcentaje aumentó cerca del 10% en la etapa de seguimiento, comparado con las fases de pre-tratamiento y tratamiento; por otro lado, el

número promedio de tragos estándar por ocasión disminuyó de 9.2 en la fase de pre-tratamiento a 4.4 en el periodo de tratamiento.

Además, se observó que durante la fase de pre-tratamiento el mayor porcentaje de días al mes, era de consumo excesivo (más de 10 tragos estándar por ocasión), en cambio, en los periodos de seguimiento a los 6 y 12 meses, el porcentaje más alto de días al mes fue el correspondiente al consumo moderado de 1 a 4 tragos estándar. En relación a la satisfacción con el estilo de vida, el porcentaje de personas satisfechas aumentó después del tratamiento. Referente a la severidad del problema, al inicio del tratamiento 64% definió a su consumo de alcohol como problema mayor, por otro lado, en el periodo de seguimiento el porcentaje disminuyó significativamente y aumentó el porcentaje que calificó a su problema como menor o sin problema.

Así también, los problemas relacionados se estudiaron en base a ocho áreas y el cambio se determinó en base en el porcentaje de usuarios que refirió problemas en cada área, aquí se observó una disminución del porcentaje en seis de las ocho áreas después del tratamiento.

Para finalizar, otra variable importante fue la auto eficacia, la cual fue analizada con el Cuestionario de Confianza Situacional (Annis, 1988). Los resultados mostraron que los puntajes en las 8 áreas de esta herramienta aumentaron durante el seguimiento de 6 meses, en comparación con los del periodo de inicio del tratamiento; de forma semejante, los puntajes se incrementaron en 7 de las 8 áreas en el periodo a los 12 meses.

A partir de la revisión de los estudios que comprueban la efectividad de la aplicación de los modelos de intervención breve, resulta importante destacar la auto eficacia como un indicador de éxito en el cumplimiento de la meta de consumo propuesta dentro de los tratamientos. Además, ésta ha sido considerada un elemento importante en el tratamiento del consumo de alcohol y los problemas relacionados, por lo que en el siguiente capítulo se realizará

una amplia revisión de este concepto, de los modelos de explicación y de las principales investigaciones que se han llevado a cabo para estudiarla en relación al consumo de alcohol.

CAPÍTULO 3
LA AUTO EFICACIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

Dentro de las características y componentes de los modelos de intervención breve, se encuentra la evaluación de la autoeficacia, concepto que ha sido evaluado en diferentes investigaciones y poblaciones. Los resultados de estos trabajos, resaltan que la autoeficacia funge como un predictor en la modificación de conducta, al ser aplicados en el área de las adicciones, se destaca su influencia en los cambios dentro del patrón de consumo de alcohol y en el manejo de situaciones de riesgo para el consumo. Así, la auto eficacia resulta de gran importancia y se convierte en el tema central para este trabajo, en donde se busca la relación de este elemento con el consumo de alcohol en adultos con un patrón explosivo y episódico. En este apartado se muestra una revisión de la auto eficacia, partiendo de su definición, seguido de los modelos que explican la existencia de esta variable y la forma en que ha sido estudiada.

Desde la perspectiva de Bandura (1997), la auto eficacia se refiere a la creencia acerca de aquello que se puede lograr con los recursos que se tienen para enfrentar determinadas circunstancias; de tal forma que diferentes personas con habilidades semejantes, o la misma persona bajo distintas circunstancias, pueden desempeñarse pobre, adecuada o extraordinariamente según fluctúen sus creencias de eficacia personal.

Para fines de este trabajo, la auto eficacia queda entendida como: la creencia o expectativa acerca de la propia capacidad para realizar una tarea, meta o demanda ante determinada situación.

En ocasiones no es suficiente solo con definir el tema central de un trabajo, sino en realidad resulta necesario hacer una revisión de las principales teorías explicativas de la auto eficacia, a fin de contar con una base teórica que permita el análisis del funcionamiento de esta variable. Así, una de las primeras teorías es la propuesta por Bandura (1997), quien desarrollo la teoría de la AUTO EFICACIA y en donde se explica que existe una diversidad de capacidades humanas, en donde los cambios psicológicos y conductuales funcionan a través de la modificación del sentido de dominio personal que

posee un individuo, es decir, la auto eficacia. Ahora bien, esta teoría considera a este sistema de creencias de eficacia como un conjunto de creencias acerca de uno mismo vinculadas a distintos ámbitos del funcionamiento.

Además, dicha teoría considera que las creencias de eficacia se refieren no sólo al ejercicio de control sobre la acción, sino también se relacionan a la auto-regulación de procesos de pensamiento, y estados afectivos y psicológicos.

Bandura sostiene que la auto eficacia percibida es una capacidad generativa, en la cual, distintas habilidades cognitivas, sociales, emocionales y conductuales deben ser organizadas para servir a un sinnúmero de propósitos, que pueden elegirse y establecerse gracias a ésta.

Así también, los pensamientos de auto-referencia activan procesos cognitivos, motivacionales y afectivos que influyen en la conversión de conocimiento y habilidades en dominio de una acción.

De manera que Bandura considera que un sentido de eficacia permite a la persona realizar actividades de manera notable si ésta emplea productivamente sus habilidades al enfrentar dificultades.

Lo anterior significa que la auto eficacia percibida es un factor importante para el cumplimiento de metas; no obstante, añade Bandura, el funcionamiento efectivo requiere tanto de las habilidades como de las creencias de eficacia para usarlas correctamente; además, las habilidades que ya se poseen, a menudo requieren ser organizadas de forma distinta al enfrentar diversas demandas situacionales.

Así, bajo esta perspectiva, el comienzo y la regulación de las interacciones con el ambiente son en parte dirigidas por el juicio de las capacidades operativas, es decir, lo que la gente piensa que puede realizar bajo determinadas circunstancias y demandas.

Con base en lo anterior, la auto eficacia puede entenderse como una creencia acerca de lo que una persona puede llevar a cabo en determinadas condiciones con las habilidades que tiene en ese momento, dejando de lado la concepción de auto eficacia como una medida de las habilidades que se poseen. De esta forma, las habilidades necesarias para la ejecución contribuyen al juicio de la eficacia operativa pero no lo sustituyen (Bandura, 1997).

Además, las creencias en la auto eficacia regulatoria, que determinan qué tan bien se organizan y mantienen las habilidades, son otro factor que contribuye a la creencia de eficacia de logro que, a su vez, afecta a los logros conductuales (Bandura, 1997).

Dichas creencias acerca de qué tan bien las habilidades pueden ponerse en práctica, pueden variar dependiendo de los propósitos a los que sirven. De tal forma que las creencias de eficacia personal pueden ser más bajas para el mismo nivel de habilidad cuando se emplean con propósitos que requieren de un entrenamiento especial que cuando se trata de propósitos más sencillos (Matsui & Tsukamoto, 1991 en Bandura 1997).

Así también, Bandura considera que las personas que dudan de sus capacidades en ciertos dominios tienden a evitarlos y se rinden fácilmente; también establecen aspiraciones bajas y llevan a cabo pocos intentos para el logro de metas. Por otro lado, un sentido fuerte de eficacia mejora el funcionamiento social y cognitivo en varias formas, lo cual ayuda a que las personas enfrenten las tareas difíciles como retos a superar y no como amenazas a eliminar.

De manera que las creencias de eficacia personal son factores que contribuyen activamente a los logros además de predecir el comportamiento, lo que coloca a las personas en condiciones de hacer que las cosas sucedan y ser más que observadores pasivos de aquello que les sucede (Bandura, 1997).

Por otra parte, la auto eficacia puede variar en tres dimensiones (Bandura, 1977, 1982, 1986 en Maddux, 1995), que son magnitud, fuerza y generalidad. La magnitud se refiere al número de niveles de dificultad a través de los cuales se va progresando o a las amenazas que una persona cree ser capaz de superar por ella misma. La fuerza se refiere a la determinación de una persona de que puede desarrollar el comportamiento en cuestión; de manera más específica, la fuerza de la auto eficacia se ha relacionado con la perseverancia al enfrentar frustración, dolor y otros obstáculos para la ejecución (Bandura, 1986). Por último, la generalidad se refiere a la extensión que el éxito o fracaso de las experiencias influye en las expectativas de eficacia, o a si los cambios en la expectativa de auto eficacia se extienden a otros comportamientos o contextos similares.

Además de dimensiones, Bandura considera que las creencias de auto eficacia tienen seis fuentes, de cuya interacción de información son producto. Éstas son las ejecuciones reales, las experiencias vicarias, la imaginación, la persuasión verbal, los estados fisiológicos y los estados emocionales (Bandura, 1977, 1986 en Maddux, 1995).

Las ejecuciones reales, éxito o fracaso, son la fuente más poderosa de información (Bandura, 1977); de manera que el éxito en una tarea, conducta o habilidad fortalece las expectativas de eficacia para dicha tarea, conducta o habilidad; mientras que las percepciones de fracaso disminuyen las expectativas de eficacia.

Por su parte, las experiencias vicarias, como el aprendizaje observacional, el modelado y la imitación, son consideradas por el autor como factores que influyen en las expectativas de auto eficacia, ello debido a que la observación que las personas hacen del comportamiento de otros, percatándose de qué son capaces de hacer y notando las consecuencias de su comportamiento, después les permite usar dicha información para formar expectativas acerca de su propio comportamiento y de las consecuencias ligadas al mismo.

La tercera fuente de información está vinculada al funcionamiento simbólico, la imaginación. Bandura considera que las personas tienen la capacidad de visualizar por anticipado posibles situaciones, las reacciones conductuales y emocionales ante esas situaciones, y las posibles consecuencias de su comportamiento.

En relación a la persuasión verbal, su potencia depende del grado de experiencia, confianza y atractivo de la fuente.

Además, los estados fisiológicos pueden funcionar como fuente de la autoeficacia cuando las personas asocian estímulos aversivos con ejecuciones pobres, incompetencia percibida y fracaso percibido.

Por último, Bandura incluye a los estados emocionales como fuente de información para la autoeficacia, agregando que pueden impactar con mayor probabilidad cuando son positivos que cuando son negativos.

Además de dimensiones y fuentes, la autoeficacia afecta al comportamiento por medio de cuatro mecanismos mediadores: el establecimiento de metas y la persistencia, la cognición, el afecto, y la selección de ambientes y actividades (Bandura 1990, 1986, 1989 en Maddux, 1995).

En cuanto al establecimiento de metas y la persistencia, se relacionan con la autoeficacia puesto que ésta afecta a la elección de metas y de las actividades que permiten lograr esas metas, la inversión de esfuerzo, y la persistencia ante retos y dificultades (Bandura, 1986).

Además, el monitoreo de sí mismo y de la situación, permite a la gente desarrollar creencias sobre el ritmo de la mejora en la competencia y el nivel de competencia.

Con lo que respecta a la cognición, Bandura considera que puede ser influida por la auto eficacia en cuatro formas: en el establecimiento de metas, en la elección de las estrategias para el logro de dichas metas, en la resolución de problemas y en las reglas desarrolladas para predecir y afectar eventos.

Otro mecanismo con el cual se relaciona la auto eficacia es el afecto, de manera tal que ésta influye el tipo e intensidad de las respuestas emocionales que, a su vez, pueden afectar posteriores intentos de enfrentamiento.

Finalmente, las personas usualmente escogen situaciones en las que esperan desempeñarse con éxito y eliminan aquéllas en las cuales consideran que sus habilidades son insuficientes para satisfacer una demanda. De esta forma, las creencias de auto eficacia determinan las selección de ambientes y actividades, selecciones que a su vez afectan el desarrollo de esas mismas creencias (Maddux, 1995).

Ahora bien, un concepto adicional que resulta importante comprender es la expectativa de resultado, que se refiere a la creencia de que un comportamiento producirá una consecuencia o resultado. Se distingue de la auto eficacia, porque ésta es la creencia de que se puede llevar a cabo el comportamiento que puede producir la consecuencia. En la teoría de la auto eficacia, las expectativas de resultado son determinadas por las expectativas de auto eficacia (Bandura, 1986 en Maddux, 1995), de manera que las personas con eficacia alta esperan que sus esfuerzos produzcan resultados favorables (Salanova et. al., 2004).

TEORÍA COGNITIVO SOCIAL DEL APRENDIZAJE

Una segunda teoría explicativa de la auto eficacia es la Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje, propuesta por Bandura (1986,1989), la cual se centra en comprender cuestiones como la cognición, acción, motivación y emoción humanas, y considera que los seres humanos están dotados de capacidades

como auto-reflexión, auto-regulación, iniciativa, anticipación de resultados, planeación y toma de decisiones (Maddux, 1995; Carrascoza, 2007).

De esta manera, el individuo se encuentra en condiciones de controlar diversos aspectos de su vida (Salanova et. al. 2004) debido a la intervención de las cogniciones en las interacciones que puede haber entre él mismo, su ambiente y los actos que realiza para enfrentar estas situaciones adecuadamente. En este sentido, el medio social juega un papel destacado en el aprendizaje, pues proporciona conocimientos, normas, estrategias, creencias y actitudes; además de permitir el aprendizaje vicario y las expectativas de las consecuencias de los actos (Carrascoza, 2007).

Para entender con mayor claridad la teoría Cognitiva Social del Aprendizaje, es necesario entender la función de las capacidades humanas, es por ello que en este apartado se incluye su explicación; así, la simbolización es entendida como la capacidad de usar símbolos, que permite la modificación y adaptación al ambiente, ya que los símbolos son un medio para originar modelos internos que posteriormente son útiles como guías de conducta. Con lo que respecta a la anticipación, ésta permite reaccionar más allá de los eventos inmediatos y posibilita regular la conducta debido a que las personas pueden, por adelantado, visualizar las posibles consecuencias de sus actos, establecer metas y planear acciones. De esta forma, las representaciones cognitivas de eventos futuros afectan la acción actual y así también las consecuencias futuras pueden ser motivadores actuales y reguladores de conducta futura.

Sin embargo, el aprendizaje también puede surgir a partir de la observación de la conducta de otras personas y de las consecuencias obtenidas. Esta capacidad ahorra la necesidad de aprender las reglas que generan y regulan la conducta por medio de ensayo y error.

En relación a esto, la autorregulación juega un papel destacado y ello lo hace mediante criterios internos y evaluaciones. Lo anterior significa que la discrepancia entre determinado criterio y la ejecución desarrollada, provoca

reacciones de evaluación de los propios actos que así mismo afectan las ejecuciones posteriores, y permiten de esta manera que las influencias de los actos sean auto producidas.

Por su parte, la capacidad autorreflexiva consiste en analizar las propias experiencias y pensamientos, lo cual permite obtener conocimiento de sí mismo y del ambiente circundante. En este sentido, el pensamiento que más afecta a la acción es el juicio acerca de la capacidad para abordar de manera efectiva diferentes escenarios, ya que éste determina qué hacer, cuánto esfuerzo invertir y cuánto perseverar a pesar de las dificultades.

Como puede observarse, la teoría cognitiva del aprendizaje social considera esenciales procesos como las atribuciones, la valoración, las expectativas de auto eficacia y las expectativas del comportamiento.

En este contexto, el aprendizaje (directo o vicario) implica procesar información sobre la conducta y el entorno, lo cual genera representaciones simbólicas que posteriormente fungen como lineamientos de actos futuros. Así también, las consecuencias de la acción proporcionan información que indica si el comportamiento es o no adecuado, y así pueden motivar a ejecutar conductas de las cuales se esperan resultados deseables y a evitar aquellas de las cuales se cree puedan traer consecuencias desagradables.

En suma, la Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje trata de brindar una comprensión de la conducta, su adquisición, modificación y mantenimiento, y ello requiere de la consideración de varios elementos básicos que son poderosos para tal fin, entre ellos la auto eficacia (Bandura, 1977).

En este punto, una vez revisados los conceptos de la Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje y la auto eficacia, resulta conveniente explicar el vínculo de esta última con los comportamientos adictivos, pues se considera que la auto

eficacia percibida influye tanto en el comienzo de los hábitos adictivos como en la modificación de éstos y su mantenimiento (Marlatt, Baer y Quigley, 1999).

Para poder entender la relación entre la autoeficacia y las conductas adictivas, es necesario partir de la explicación del comportamiento adictivo; así, una conducta adictiva se define como una relación con una sustancia, que puede afectar al individuo en distintos ámbitos tales como el personal, familiar, laboral, escolar, etc. En este proceso se presenta un deseo insaciable por la sustancia, el cual lleva a un hábito que resulta difícil modificar. De manera que conduce a la dependencia, aumentando la cantidad y frecuencia de consumo además de desarrollarse la tolerancia –necesidad de cantidades mayores para obtener los mismos efectos- y el síndrome de abstinencia –consumo de sustancias para reducir los malestares producidos por la suspensión de su uso- (Bolaños, 2008; Crespo y O’Ferral, 2009; Enciclopedia Médica en Español, 2009).

Cabe mencionar que existen diferentes modelos de prevención y tratamiento de conductas adictivas, los cuales se basan en diversos componentes. Sin embargo, cuando una intervención está centrada en utilizar la auto eficacia como parte de sus componentes, ésta favorece el control, la modificación, el cese o la recaída en una conducta adictiva en particular. Para evaluar la influencia de la autoeficacia en las conductas adictivas, es necesario iniciar con la definición de la conducta blanco que se modificará, ya sea la reducción del consumo o la abstinencia (DiClemente et. al., 1995). En segundo lugar, tomar en cuenta las habilidades del cliente para llevar a cabo los comportamientos relevantes para el tratamiento tales como el auto-monitoreo o el control de estímulos (Overholser & Beck, 1985 en DiClemente et. al., 1995).

Así también, para llegar al control y modificación del comportamiento adictivo, una herramienta extra es el proceso de cambio, que involucra diferentes etapas, tales como la precontemplación y consiste en que el individuo no considera seriamente realizar un cambio, posteriormente se llega a la

contemplación, en donde el sujeto evalúa los pros y contras del comportamiento. Después, los sujetos se encuentran en la fase de preparación y evalúan sus recursos y realizan planes de acción, para en la fase de acción implementar el plan, revisarlo y establecer nuevas metas. Finalmente, en la fase de Mantenimiento, la meta se centra en obtener un cambio conductual duradero (Prochaska & DiClemente, 1992 en Di Clemente et. al. 1995).

A partir de lo anterior, es posible distinguir diversos tipos de autoeficacia dependiendo de las etapas del proceso de cambio; así, en las fases iniciales de precontemplación, contemplación y preparación, se pueden encontrar la autoeficacia de resistencia, que se refiere al bajo juicio sobre la propia capacidad para evitar el consumo antes de iniciarlo además de la baja autoeficacia para la reducción del daño una vez que se ha iniciado el consumo; en la fase de acción se encuentra la autoeficacia de acción que puede definirse como la confianza relacionada con alcanzar la meta establecida -moderación o abstinencia- y, finalmente, en la fase de mantenimiento se encuentra la autoeficacia de manejo que se refiere a la eficacia anticipatoria para manejar las recaídas, y la autoeficacia de recuperación que está relacionada con el restablecimiento del manejo una vez que ha surgido una recaída (Marlatt et. al., 1999).

Sin embargo, además de la teoría del Aprendizaje Social, se han desarrollado otras que también se han interesado en explicar las creencias de eficacia y su influencia en el comportamiento. Así por ejemplo se encuentran la teoría del Aprendizaje Social de Julian B. Rotter, la teoría de motivación de logro y las investigaciones sobre indefensión aprendida, entre otras, sin embargo, para los intereses de este trabajo se describirán sólo las mencionadas.

De esta forma, Rotter plantea en su teoría que tanto la personalidad como la conducta están determinadas por el individuo y por el ambiente, lo cual las hace susceptibles de cambio. Además considera que las personas se orientan a metas a través de la búsqueda de reforzamiento.

Existen varios constructos clave en esta teoría, tales como conducta potencial, expectativa, valor de la recompensa y situación psicológica.

De manera que la conducta potencial es la probabilidad de exhibir una conducta dada en un escenario; mientras que la expectativa es la probabilidad subjetiva de que una conducta conducirá a una consecuencia particular o reforzador; así también el valor de la recompensa se refiere a la deseabilidad que tiene alguna consecuencia, entre mayor es el deseo porque la consecuencia suceda, mayor es su valor de recompensa; por su parte, la situación psicológica es la interpretación subjetiva de cada individuo sobre el ambiente y que determina su comportamiento; por último, el locus de control o control del reforzador hace referencia a las creencias acerca de qué determina la obtención de un reforzador, dichas creencias son generales y se aplican a diversas situaciones.

En lo que respecta al locus de control, aquellas personas que tienen un fuerte locus interno de control atribuyen la obtención de refuerzo a sí mismas, esto es, su esfuerzo o fracaso se debe a los esfuerzos realizados. Por otro lado, las personas con un fuerte locus de control externo consideran que las recompensas que obtienen en la vida son a causa de la suerte o casualidad, de esta forma, atribuyen poco impacto de sus esfuerzos en lo que les sucede.

Por otra parte, en lo que corresponde a la teoría de la indefensión aprendida (Seligman, 1981), varios estudios experimentales han mostrado que no es una experiencia aversiva sino el aprendizaje de que es incontrolable lo que reduce la motivación para responder y produce la indefensión.

Como es sabido, el diseño experimental empleado para estudiar el fenómeno de la indefensión aprendida es el diseño triádico, en el cual se tienen dos grupos expuestos a un estímulo, uno de ellos lo puede controlar y el otro, el grupo acoplado, no puede controlar el estímulo, por último el tercer grupo es el control.

Los estudios realizados han sido de varias especies y se han realizado también con personas, en quienes la indefensión también se puede aprender (Seligman, 1981); sin embargo, en este trabajo el interés se centrará en los estudios realizados con seres humanos, como el que sigue a continuación.

Hiroto realizó un experimento con estudiantes universitarios en el cual el primer grupo podía controlar un ruido aversivo con un botón, el segundo grupo no lo podía controlar y el grupo control no recibió ruido. Posteriormente, se colocaron en una situación en la que podían escapar del ruido moviendo una mano de un lado a otro. Se encontró que el grupo control y el grupo de escape aprendieron rápido a mover la mano de un lado a otro, mientras que el grupo acoplado no escapó ni evitó, sino respondió de manera pasiva.

Además, Hiroto incluyó otra variable. A la mitad del grupo acoplado le dijo que era una prueba de habilidad, mientras que a la otra mitad le dijo que era una prueba de azar; el segundo grupo respondió de manera más indefensa.

Finalmente, Hiroto consideró el lugar de control externo e interno, encontrándose que los de personalidad externa reaccionaron más indefensos.

Otro experimento realizado por Miller y Seligman (1974) mostró que la indefensión aprendida tiene secuelas en la motivación y en las creencias de control. En palabras de Seligman, los acontecimientos que no se pueden controlar reducen la motivación para realizar acciones que pueden incidir en otros eventos; por otro lado, cuando una persona aprende que una situación es incontrolable, después tiene dificultades para percibir que una respuesta es eficaz, incluso cuando lo ha sido.

Estos autores conformaron tres grupos de estudiantes a los cuales se les expuso a un ruido intenso: ruido escapable, no escapable y sin ruido. Posteriormente se les designó una tarea de destreza y otra de azar, en donde el experimentador determinaba el éxito o el fracaso. Después de cada ensayo, el

sujeto debía dar una estimación de su probabilidad de éxito en el siguiente ensayo. Se observó que los sujetos que habían estado indefensos hacían pocos cambios a sus expectativas de éxito o fracaso para el siguiente ensayo; por el contrario el grupo control y de ruido escapable presentaban cambios en sus expectativas después del éxito o fracaso.

De tal manera que la indefensión aprendida influye en la percepción de que el éxito o fracaso no se relaciona con las acciones y dificulta la apreciación de eficacia de una respuesta (Seligman, 1981).

Finalmente, una teoría que explica el impacto de las expectativas de eficacia es la de motivación de logro, la cual han abordado diversos autores. Sin embargo, para fines de este estudio se referirá el trabajo realizado por McClelland.

McClelland, por su parte, realiza una revisión de las investigaciones realizadas por Heckhausen (1975), Weiner (1980) y Atkinson (1978).

En relación a Heckhausen, éste realizó un experimento donde dispuso que unos sujetos triunfarán las más de las veces en la realización de una tarea; posteriormente, indago sobre el grado en que atribuían el éxito a su destreza. Encontró dos grupos de sujetos, los de alta motivación de logro, que calificaban su destreza más alta después de un éxito; y los de baja motivación de logro, quienes no hacían cambios en su percepción sobre la propia destreza después de un éxito.

Por otra parte, en cuanto a los factores atribuidos al éxito o al fracaso, Weiner determinó tres clasificaciones por medio de un análisis factorial: la dimensión externa-interna, dimensión de estabilidad y dimensión de posibilidad de control. En la dimensión externa-interna los individuos atribuyen el éxito o el fracaso a factores externos, como la suerte o la dificultad de la tarea, o a factores relacionados con sí mismos como el esfuerzo o la destreza. Así también, en la dimensión de estabilidad, los sujetos atribuyen el resultado de una tarea a

cuestiones relativamente inmutables como la destreza; o a cuestiones variables, como la suerte y el esfuerzo. Por último, en la dimensión de posibilidad de control, las personas atribuyen el resultado a un factor sobre el cual tienen control como el esfuerzo, o a otro del cual no tienen control, como la suerte.

De esta forma, Weiner encontró que las personas con alta y baja motivación de logro daban distintas explicaciones sobre los factores atribuidos al éxito y el fracaso. Los de alta motivación de logro atribuyen el éxito a la destreza y el esfuerzo, mientras que el fracaso lo atribuyen a la suerte o la falta de esfuerzo. Por el contrario, los de baja motivación de logro, atribuyen el éxito a la suerte y el fracaso a la falta de destreza. La creencia de que el fracaso se debe a la falta de destreza conduce a la desesperanza y a la falta de un nuevo intento, que caracteriza a las personas con baja motivación de logro, según Weiner.

Por otra parte, un concepto también relevante en el marco de la motivación de logro es el de auto eficacia o auto confianza, en el abordaje de Atkinson. El autor considera que la conducta puede explicarse por medio de la interacción de la probabilidad percibida de éxito en una tarea con el motivo activado y agrega que dicha percepción influye en el rendimiento de manera destacada.

Finalmente, McClelland señala la distinción entre personas con alto motivo de logro, quienes tienen alta auto eficacia o probabilidad de éxito y abordan las tareas con más confianza, y las personas con baja motivación de logro, que se consideran poco capaces y reaccionan defensivamente ante una tarea.

Ahora bien, ya que se han revisado el concepto de auto eficacia y otras cuestiones teóricas relacionadas, resulta importante revisar las investigaciones que se han realizado en el campo de las adicciones y que han considerado incluir a la auto eficacia, especialmente aquellas que se refieren al consumo de alcohol.

1. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA AUTO EFICACIA

Lee, Oei & Greeley (1999) estudiaron la relación entre expectativas del consumo de alcohol y la auto eficacia de resistencia en un grupo de 174 bebedores de alto y bajo riesgo, para lo cual se les aplicaron una serie de cuestionarios relativos a los factores de interés como fueron expectativas positivas y negativas, auto eficacia de resistencia, cantidad y frecuencia de consumo, además de datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que las variables que mejor discriminan entre bebedores de alto y bajo riesgo son la pérdida de control, la auto eficacia de resistencia bajo presión emocional, las situaciones de oportunidad para beber y las situaciones sociales.

De manera general, los bebedores de alto riesgo tienen un nivel más bajo de auto eficacia de resistencia al consumo y más altas las expectativas sobre el consumo. Estos bebedores tienen baja auto eficacia de resistencia en situaciones emocionales, de oportunidad y sociales, además de altas expectativas de pérdida de control cuando beben.

Hasking & Oei (2004) estudiaron la conducta de beber considerando variables como la auto eficacia de resistencia, las expectativas de consumo positivas y negativas, y los recursos de enfrentamiento en un grupo de 298 personas. Para tal fin, se utilizaron instrumentos para medir grado de dependencia, síntomas psicopatológicos, cantidad y frecuencia de consumo, expectativas sobre el alcohol, auto eficacia de resistencia y estilos de afrontamiento. Se encontró que las tres variables predicen significativamente la cantidad y frecuencia de consumo.

Uno de los hallazgos importantes del estudio de Hasking & Oei fue que la cantidad consumida y el consumo para enfrentar situaciones se relacionaron de manera significativa y positiva en los sujetos con baja auto eficacia de resistencia al consumo, mientras que se observó a la inversa en los individuos con alta auto eficacia de resistencia al consumo. Además se halló una relación positiva entre la cantidad consumida y buscar soporte social, sin importar la

fuerza de las expectativas positivas; sin embargo, esta relación se observó más fuerte en aquellos con expectativas débiles, mientras que para aquellos con expectativas fuertes se encontró una relación no significativa. Así también, la interacción entre la auto eficacia de resistencia al consumo y las expectativas negativas no reveló un vínculo entre la frecuencia de consumo y las expectativas en aquellos con alta auto eficacia; por el contrario, para aquellos con baja auto eficacia se observó una relación negativa entre la frecuencia de consumo y la fuerza de las expectativas negativas. Otra relación significativa y positiva se observó entre la baja auto eficacia de resistencia al consumo y dejar el alcohol o la droga en aquellos con expectativas fuertes, la relación también fue positiva para aquellos con expectativas negativas y débiles. Una relación negativa y no significativa se encontró entre la auto eficacia alta de resistencia al consumo y dejar el alcohol o la droga para aquellos con expectativas negativas y fuertes; mientras que la relación con las expectativas débiles fue significativa.

La interacción para las expectativas positivas fue similar, no obstante, sólo la relación positiva entre baja auto eficacia de resistencia al consumo y dejar la droga en aquellos con expectativas débiles y positivas llegó a ser significativa.

Por otra parte, Oei & Morawska (2004) realizaron una amplia revisión de un modelo cognitivo del consumo explosivo considerando a las expectativas del consumo y la auto eficacia de resistencia. En esta revisión se examinan algunas cuestiones relevantes relacionadas con la auto eficacia como el impacto que ésta tiene en la cantidad consumida de alcohol (Lee & Oei, 1993), y que así también, los juicios bajos de auto eficacia y las expectativas positivas de consumo se han asociado con incrementos del consumo de alcohol y con mayor ocurrencia de conductas problema relacionadas con el consumo de alcohol en una población de estudiantes (Evans & Dunn, 1995). Se ha encontrado, por otra parte, que los bebedores problema percibieron que tienen poco control sobre su conducta de consumo y vieron muchos facilitadores del consumo excesivo (Norman, Bennet & Lewis, 1998); así mismo, la auto eficacia puede

predecir futuros consumo excesivos, independientemente del nivel de consumo actual (Schulenberg, Wadsworth, O' Malley, Bachman & Johnston , 1996).

En cuanto a intervención, la planeación de cómo resistirse a beber redujo el nivel de consumo excesivo en un grupo de adultos jóvenes en un periodo de dos semanas (Murgraff, White & Phillips, 1996). En adición, la investigación de contextos sociales del consumo excesivo sugiere que distintos contextos pueden llevar a diferentes patrones de consumo, ciertos contextos pueden disparar expectativas (Goldman, 1989), y diferentes niveles de auto eficacia de resistencia pueden asociarse a distintos contextos.

Las expectativas de consumo y la auto eficacia de resistencia tienen distintos efectos en la frecuencia y cantidad de consumo. La baja auto eficacia de resistencia fue asociada con frecuencia más alta de consumo, esto es, dada una oportunidad de beber, aquellos con baja auto eficacia de resistencia consumieron alcohol más frecuentemente. La baja auto eficacia también se asoció con consumo máximo. Por el contrario, las expectativas de consumo se relacionaron con la frecuencia pero no con la cantidad; aquellos que esperaron estados afectivos negativos al consumir alcohol (expectativas afectivas de consumo) bebieron cantidades usuales y máximas menos frecuentemente, y aquellos con expectativas más altas de control pobre sobre su conducta de consumo (expectativa de dependencia de consumo) bebieron las cantidades usuales y máximas más a menudo. En resumen, las expectativas de consumo determinan qué tan a menudo se bebe, mientras que la auto eficacia de resistencia determina la frecuencia y el nivel de consumo (Hasking & Oei, 2002; Lee & Oei, 1993). Finalmente, se ha demostrado que los bebedores bajos, moderados y problema se pueden discriminar usando tanto las expectativas de consumo como la auto eficacia de resistencia al consumo (Oei, Fergusson & Lee, 1998).

Por otro lado, Engels, Wiers, Lemmers & Overbeek (2005) investigaron la asociación entre los motivos para beber, expectativas del consumo, auto

eficacia, y la conducta de beber en un grupo de 553 sujetos. Para ello se aplicaron instrumentos para medir la frecuencia de consumo en los 12 meses anteriores, la cantidad de consumo, los motivos para beber, sus expectativas sobre el alcohol y la auto eficacia. En los resultados se observó que los motivos para beber que más se mencionaron fueron los de índole social y de reforzamiento. Así también, se encontraron puntajes moderados de expectativas de consumo, mientras que los de auto eficacia fueron altos, es decir, la mayoría indicó tener confianza en su habilidad para detener el consumo. En relación al consumo, un pequeño porcentaje reportó beber grandes cantidades con frecuencia; y finalmente, con respecto a los lugares de consumo, los niveles más altos se reportaron en discos y bares y en fiestas, mientras que bajos niveles se reportaron para las situaciones estando solo en casa y en la cena.

Además en esta investigación se encontraron otras correlaciones, los motivos para beber se relacionaron moderada y positivamente con las expectativas de efectos tanto positivos como negativos del consumo, así como negativamente con la auto eficacia. Los motivos para beber se asociaron positivamente con las medidas generales de consumo y con los diferentes escenarios de consumo. No obstante, dichos motivos no se relacionaron con la cantidad de consumo en la cena y sólo en casa.

Así también las expectativas positivas de consumo se relacionaron con la frecuencia de consumo y con el consumo excesivo, mas no con la cantidad. Adicionalmente, las expectativas positivas fueron fuertemente asociadas con el nivel de consumo en escenarios específicos. Sólo las expectativas sociales y de reforzamiento fueron relacionadas al consumo en fiestas y visitas. Las expectativas sobre los efectos negativos del consumo no se relacionaron con los indicadores generales de consumo, ni con el consumo en escenarios específicos.

Las variables anteriores (motivos de consumo, expectativas de consumo y auto eficacia) se asociaron también con los tres aspectos del cuestionario de consumo: frecuencia de consumo en los 12 meses anteriores, frecuencia de consumo excesivo y nivel de consumo en la semana anterior. Se encontró que las expectativas de efectos positivos de consumo se asociaron fuertemente al consumo. La auto eficacia se relacionó fuertemente con todas las medidas de consumo en todos los análisis. Al agregar un análisis para encontrar posibles interacciones de edad y sexo con las variables ya mencionadas, se encontró que la asociación de la edad y la auto eficacia predecía la frecuencia de consumo excesivo.

Así también, Engels, Wiers, Lemmers & Overbeek realizaron otro análisis para ubicar la interacción entre las variables, el cuestionario y el diario de consumo de dos semanas. Los autores encontraron una asociación entre las expectativas de reducción de tensión, los efectos negativos y los niveles del consumo sólo en los escenarios de bares y discos, y visitas a amigos y parientes. Otro análisis mostró que en lugares públicos, los motivos mediaban la asociación entre expectativas positivas y niveles de alcohol; en estos análisis las asociaciones entre auto eficacia y niveles de consumo fueron significativas. La auto eficacia predijo el nivel de consumo en cuatro de cinco variables, destacando que los sujetos con bajos niveles de auto eficacia eran más propensos a beber solos, en lugares públicos, fiestas, y visitas a amigos y familiares.

Una vez que se han revisado los elementos teóricos que explican la autoeficacia, así como algunas de las investigaciones centradas en identificar las características de la relación existente entre la autoeficacia y la modificación del patrón consumo; este trabajo pretende hacer un análisis de la forma en que se relaciona la autoeficacia y el impacto de ésta en la reducción del consumo en una Intervención Breve para Bebedores PROBLEMA.

MÉTODO

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿El cambio en el patrón de consumo después de una intervención breve para bebedores problema se relaciona con el nivel de auto eficacia reportado por los usuarios?

Objetivos Generales

Identificar la influencia de la auto eficacia en la reducción del patrón de consumo de alcohol en un grupo de bebedores problema después de una intervención breve.

Objetivos Específicos

Identificar cuál es el nivel de auto eficacia de la muestra de 28 bebedores problema y su reducción del patrón de consumo antes y después de la intervención breve.

Evaluar el nivel de auto eficacia de la muestra antes y después de la intervención breve.

Medir los niveles del patrón de consumo antes y después de la intervención breve.

Evaluar la asociación de la auto eficacia y la reducción del patrón de consumo de alcohol antes y después de la intervención breve.

Identificar otras variables asociadas a la auto eficacia, relacionadas con el patrón de consumo, como las consecuencias asociadas antes y después de la intervención breve.

Hipótesis de trabajo

La auto eficacia influye en la reducción de un patrón de consumo de alcohol.

La reducción del patrón de consumo aumenta la auto eficacia en relación al consumo.

Existen otras variables en relación al patrón de consumo y asociadas a la auto eficacia que definen el desarrollo de dicho patrón de consumo.

Variables Dependientes

Auto eficacia

Es la creencia que tiene el sujeto acerca de su capacidad para reducir su patrón de consumo de alcohol en determinada situación.

En este estudio la auto eficacia es evaluada a través del Cuestionario de Confianza Situacional, el cual considera ocho situaciones de riesgo ante las que el sujeto mide la confianza que tiene para resistir el consumo (ver Apéndice 3).

Patrón de Consumo

En el presente estudio, el patrón de consumo se midió mediante la Línea Base Retrospectiva (ver Apéndice 2), considerando el porcentaje de días de abstinencia, el porcentaje de días de consumo, el porcentaje de días de consumo moderado, el porcentaje de días de consumo excesivo y el porcentaje de días de consumo muy excesivo. Así también, el patrón se midió por el número de tragos estándar consumidos por ocasión y el total anual de tragos estándar.

La medición de la variable fue durante los 12 meses previos al inicio del tratamiento y 12 meses después de terminado el tratamiento.

Variables Independientes

Intervención Breve para Bebedores Problema

Intervención de cinco sesiones diferentes de aproximadamente 45 minutos para lograr un cambio en el consumo de alcohol, ya sea hacia la moderación o la abstinencia; esta meta es elegida por el individuo como responsable de su cambio, quien la logrará a través de la organización de sus fortalezas y el desarrollo de estrategias generales de solución de problemas a lo largo del proceso de intervención.

Tipo de estudio

Preexperimental

Preprueba-Posprueba con un solo grupo

Es un estudio en el cual se midieron los niveles en las variables auto eficacia y consumo de alcohol antes y después de la intervención.

Transversal

De Correlación

Uno de los objetivos del estudio fue medir la relación entre las variables auto eficacia y consumo de alcohol antes y después de la intervención breve.

Sujetos

28 bebedores problema que acudieron en forma voluntaria para participar en la Intervención Breve para Bebedores Problema en el Centro de Atención y Prevención de Adicciones (CEPREAA) dependiente de la Facultad de Psicología de la UNAM en el periodo de 2004 a 2006.

Ahora bien, para que un sujeto sea candidato para ingresar a la intervención se consideran los siguientes criterios:

- Que la principal sustancia por la que busca ayuda sea el alcohol.

- Que sea mayor de 18 años y menor de 65 años.
- Que tenga domicilio permanente.
- Que trabaje en la actualidad.
- Que viva con su familia en la actualidad.

Así mismo, el sujeto no es candidato a tratamiento si presenta:

- Alucinaciones
- Convulsiones
- Delirio Tremens (temblores severos, desorientación, alucinaciones).
- Consumo de más de 30 tragos estándar a la semana
- Orden legal de acudir a tratamiento

Instrumentos

Entrevista Inicial

La entrevista inicial tiene como objetivo obtener información acerca de la salud física, situación laboral, la historia de consumo de alcohol y otras drogas y las consecuencias asociadas al consumo.

De tal forma que se obtienen datos como el tipo de drogas consumidas, si ha recibido tratamiento y qué tipo, si padece alguna enfermedad y recibe medicamento, las actividades que realiza en su tiempo libre y si éstas se vinculan al consumo; así como las redes sociales para identificar su relación con el consumo, o bien, si pueden funcionar como apoyo. En cuanto a la situación laboral, se investiga su trayectoria y las consecuencias que pudiera tener a causa del consumo, así como la cantidad de dinero invertido para consumir. Finalmente, la entrevista inicial permite obtener datos como el número de años de consumo, las consecuencias asociadas, la magnitud percibida del problema de consumo y si ha intentado dejar de consumir y los resultados de dichos intentos (Ver Apéndice 1).

Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE)

Se trata de un instrumento que permite medir el patrón de consumo mediante un calendario que comprende el periodo de interés, hasta de 12 meses. Implica un registro retrospectivo del número de tragos estándar consumidos cada día.

Es un calendario de los últimos doce meses del año que tiene como objetivo identificar el patrón de consumo en cuanto a días de consumo y la cantidad consumida en un día típico. En el caso del consumo de alcohol se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar (Ver Apéndice 2).

La evidencia de la validez de este instrumento se obtiene de su aplicación clínica, en donde se comparó el reporte de la línea base con registros oficiales indicando un alto grado de correspondencia tanto en datos de duración como incidencia. Puntajes altos de la escala de dependencia al alcohol correlacionan positivamente con un consumo fuerte, mayor número de días de consumo y un promedio mayor de consumo por día. Por último se han encontrado correlaciones positivas entre las respuestas del paciente y la de otros informantes (Echeverría & Ayala, 1997).

El instrumento tiene elevada confiabilidad test-retest de .91 y validez concurrente con el reporte del colateral de .82.

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)

El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo.

Este cuestionario consta de 8 reactivos. En este instrumento se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones.

Las situaciones medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y colaboradores (Marlatt, 1978; 1979; Marlatt & Gordon, 1980), quienes encontraron que las situaciones principales de consumo podían agruparse en:

- Situaciones personales, en donde el consumo de drogas involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías:
 - ⇒ Emociones desagradables
 - ⇒ Malestar físico
 - ⇒ Emociones agradables
 - ⇒ Probando auto-control
 - ⇒ Necesidad física o urgencia por consumir

- Situaciones de grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas esta involucrada; se subdividen en 3 categorías:
 - ⇒ Conflicto con otros
 - ⇒ Presión social
 - ⇒ Momentos agradables con otros (Ver Apéndice 3).

Su adaptación para población mexicana se realizó con una muestra estuvo a cargo de Echeverría y Ayala (1997) quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos al español. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. Enseguida fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, el 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres.

Entrevistas de Seguimiento

Permite obtener información sobre la efectividad del programa mediante datos sobre la frecuencia y cantidad de consumo utilizando la LIBARE y una entrevista a otro que conozca la problemática; así también se analiza la urgencia de beber por medio del autorregistro o preguntando de manera directa sobre su frecuencia, con la finalidad de prevenir recaídas. Otros factores que es importante evaluar durante esta fase son los síntomas y consecuencias asociadas, la severidad de la dependencia y el estado neuropsicológico; finalmente se evalúa la presencia de otros problemas relacionados como ansiedad, problemas sexuales, familiares o de pareja y económicos, así como el consumo de otras drogas, ya que suelen ser disparadores de recaídas (Ver Apéndice 4).

Procedimiento

En este estudio se analizaron los resultados de una intervención breve realizada previamente por los terapeutas responsables de la misma, en el Centro de Prevención y Atención de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, y en la cual, para comenzar, se realizó el primer contacto llamado Admisión para ubicar la etapa de motivación en la que se encontraba el usuario y determinar si éste era candidato o no para la intervención.

En la siguiente cita, se obtuvieron datos sobre el patrón de consumo, las consecuencias asociadas, las situaciones de consumo y otras variables relevantes, entre las cuales se encontraba la auto eficacia. Este paso es llamado Evaluación.

Posteriormente, en la primera sesión del tratamiento, se buscó aumentar la motivación para cambiar el consumo de alcohol, considerando costos y beneficios tanto de cambiar como de no cambiar. Así mismo, se establecieron las metas de consumo para las semanas subsiguientes –moderación o abstinencia-.

Para la segunda sesión, se buscó que el usuario identificara las situaciones que lo llevaban a consumir de manera excesiva, así como las consecuencias del consumo en esas circunstancias. También se habló de las recaídas y el papel que juegan en el cambio y recuperación.

Durante la tercera sesión, el usuario propuso soluciones para enfrentar las situaciones de riesgo, así como sus probables consecuencias, para diseñar planes de acción en relación a aquellas alternativas de solución más viables. Es decir, se buscó que el usuario hiciera uso de sus recursos sociales y de afrontamiento para lograr el cambio.

En la cuarta sesión, se analizaron los cambios obtenidos y se resumieron las sesiones anteriores para establecer una meta para el año siguiente – moderación o abstinencia-, es decir, se revisó la meta para apoyar al usuario a determinar si ésta era la más conveniente según sus necesidades y para identificar las estrategias que le permitieron lograrla.

Una vez terminado el tratamiento se realizaron los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses para después almacenar en una base de datos del programa SPSS la información extraída durante el proceso de intervención.

De manera que de la base de datos, el experimentador de este estudio seleccionó aquella información que resultó relevante para la investigación. Así también, cabe mencionar que los datos empleados fueron los correspondientes al seguimiento a un año.

Después de tener la base de datos con la información necesaria, se procedió a hacer los análisis estadísticos que consistieron, primeramente, en análisis descriptivos y de frecuencias para conocer las características de la muestra. Luego se corrió la prueba de comparación T de Student para verificar cambios en las variables después de la intervención y, por último, se llevó a cabo la

prueba de correlación Pearson para detectar las posibles interacciones entre las variables.

RESULTADOS

RESULTADOS

En este apartado se describen las características de los participantes en términos del sexo, edad, número de años de estudio, percepción del problema, patrón de consumo y problemas asociados al consumo. Así también se realiza una prueba de comparación de medias (T de Student) para observar los cambios ocurridos en la variable auto eficacia, así como del patrón de consumo, antes y después de la intervención. Finalmente, se corre un análisis de correlación de Pearson para encontrar las posibles relaciones entre variables.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LOS PARTICIPANTES

Una de las primeras características en analizar fue el sexo, en cuanto a esta variable, la muestra se conformó por un 64.3% de hombres y un 35.7% de mujeres de un total de 28 personas.

Por otra parte, en cuanto a la edad, se encontró una media de 37.11 años en un rango de los 18 a los 65 años.

Así también, en relación al número de años de estudio, se encontró que el 49.9% de la muestra curso de 16 a 19 años escolares, el 35.7% cursó de 12 a 14 años y el 14.3% cursó de 6 a 9 años; mientras que la media encontrada fue 14.05 años.

De acuerdo a la percepción que tienen los participantes de la severidad de su consumo, se observa que la mayoría de la muestra (50%) lo considera un problema menor en tanto que el 28.6% lo consideró un problema mayor; así también un 14.3% lo apreció como un pequeño problema, 3.6% lo consideró un gran problema y, finalmente, un porcentaje igual (3.6) calificó su consumo sin problema (ver Apéndice 1). En la figura 1 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a su percepción sobre el consumo.

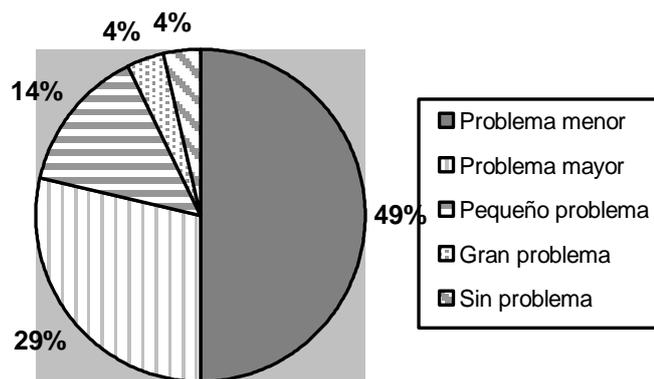


Figura 1. Distribución de la muestra de acuerdo a la Percepción del Consumo de Alcohol antes de la Intervención.

Por otro lado, después de la intervención, el consumo se percibió como un pequeño problema por la mayoría (39.3%), como no problema por el 35.7%, como un problema menor por el 21.4% y como problema grave por el 3.6% (ver Apéndice 1).

Así también, en una comparación del consumo antes y después de la intervención, el 57.1% de la muestra consideró que su problema era menor en el momento actual y el 39.3% que ya no era un problema, mientras que el porcentaje más pequeño (3.6%) consideró que el problema no había cambiado.

En lo que respecta al patrón de consumo observado en los participantes, se realizó un análisis en términos del total de años de consumo, número de años de beber excesivo, número de años con problemas debidos al consumo, frecuencia y cantidad de consumo.

De esta manera, los datos mostraron que el promedio de número de años de consumo fue de 17.25 y la mayoría de los participantes (42.9%) reportó 1 a 10 años de consumo, el 17.8% mencionó de 12 a 20 años, el 28.6% de 22 a 30 años y, finalmente, el 10.7% refirió un consumo de 36,40 y 50 años.

En relación a los años de beber en exceso, se obtuvo una media de 7.71 años. De tal forma, la mayoría de los participantes consumió en forma excesiva de 1

a 5 años (58.3%); el 25% de 10 a 15 años, el 10.8% durante 18, 20 y 36 años; finalmente el 4.2% no tenía un año de consumo todavía.

En cuanto al número de años con problemas por el consumo de alcohol, el promedio encontrado en la muestra fue de 5.52; en la mayoría de los casos (70.4%) el número de años fue de 1 a 5, en el 14.8% de 6 a 15 años y en el 7.2% de 20 y 36 años; así también el 7.4% llevaba menos de un año con problemas asociados al consumo.

Otro elemento del patrón de consumo se refiere a la frecuencia con la cual éste se presenta. Los resultados del análisis reflejan que, antes de la intervención, la mayoría de los participantes consumían de 1 a 2 veces a la semana (39.3%), seguido por el 21.4% que consumía de 3 a 6 veces por semana y el 14.3% con una frecuencia de más de una vez al mes; mientras que el 7.1% consumía menos de una vez al mes y el 3.6% lo hacía diariamente. La figura 2 muestra la proporción de los participantes de acuerdo a su frecuencia de consumo de alcohol.

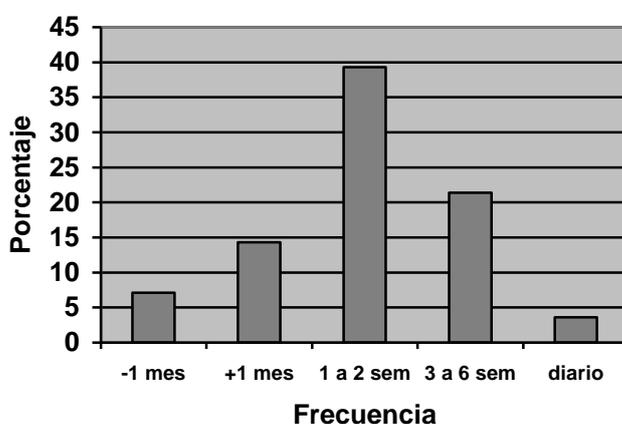


Figura 2. Distribución de la muestra de acuerdo a la frecuencia de consumo por semana antes de la Intervención.

En los datos después de la intervención, el mayor porcentaje (39.3%) refirió una frecuencia de una vez a la semana, seguido del 21.4% que reportó menos de una vez al mes, y del 17.9 % con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana y además apareció un porcentaje de no consumo (14.3%); finalmente, las

frecuencias menos reportadas fueron de una vez al mes y diariamente, conformando el 7.2% de la muestra.

Dentro del análisis del patrón de consumo, se incluye el número de tragos estándar por ocasión, encontrándose una media de 6.19 tragos estándar antes de la intervención. La mayoría de los casos, el 38.2%, reportó consumir de 5 a 8 tragos estándar por ocasión, el 30.8% de 0 a 4 tragos estándar y, finalmente, el 22.8% refirió de 9 a 12 tragos estándar de consumo por ocasión.

En lo que respecta al número de tragos estándar por ocasión después de la intervención, la media encontrada fue de 3.37, reportando la mayoría (80.8%) de 0 a 4 tragos estándar diarios, el 19% de 5 a 8 tragos estándar y además desapareció el porcentaje de personas con consumo de 9 a 12 tragos estándar. La Figura 3 representa la tendencia del consumo diario de la muestra antes y después de la intervención.

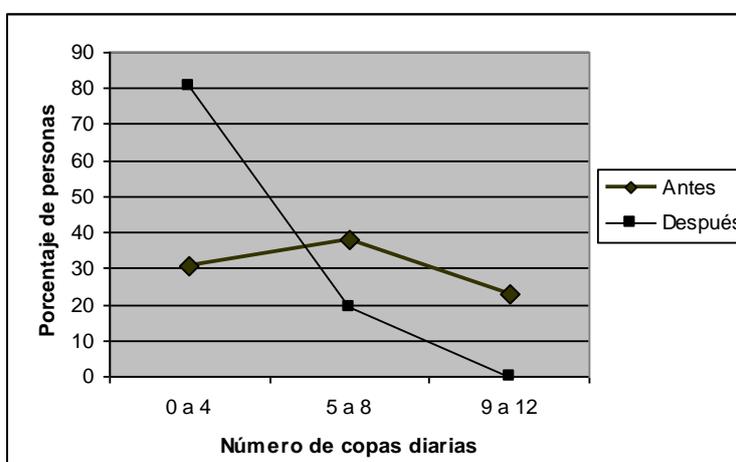


Figura 3. Promedio de consumo diario antes y después de la intervención.

Como parte de la descripción de las características de la muestra, se identificaron los principales problemas asociados con el consumo de alcohol al inicio y final de la intervención; entre estos problemas se consideraron el daño físico, daño cognoscitivo, daño afectivo, problemas interpersonales, financieros y agresión (Figura 4).

En cuanto al daño físico, el 72% de la población no reportaba daño; sin embargo, el 28% restante mostró un daño que va de ser un aviso preventivo a tratamiento médico, situación evaluada al inicio de la intervención; en tanto que al final del tratamiento, este dato disminuye a 17.9% del total de la muestra.

De manera semejante, en relación al daño cognoscitivo, al inicio de la intervención el 44% de la población no reportaba daño alguno y el 56% reportó haberlo tenido en alguna ocasión; sin embargo, el porcentaje con problemas se reduce al 32.2% después de la intervención.

Asimismo, las cifras relacionadas a daño afectivo fueron, al comienzo de la intervención, 44% sin problemas de esta índole y 56% con algún problema; por otra parte, después de la intervención, el porcentaje con problemas afectivos disminuyó a 50 y además reportaron problemas menores.

También la proporción de personas con problemas interpersonales disminuyó después de la intervención (32.2%); mientras que al inicio se había encontrado el 48% con alguna consecuencia y el 52% sin problemas.

De igual manera, el porcentaje de personas sin problemas de agresión antes de la intervención fue de 72, mientras que el 28% refirió desde abuso verbal hasta violencia; por otra parte, después de la intervención, el 17.9% refiere el tipo verbal.

Por último, referente a los problemas financieros, también se observó una disminución después de la intervención del porcentaje de personas con problemas, siendo al inicio de 36 y al final de 17.9, además al final se reportan problemas financieros menores.

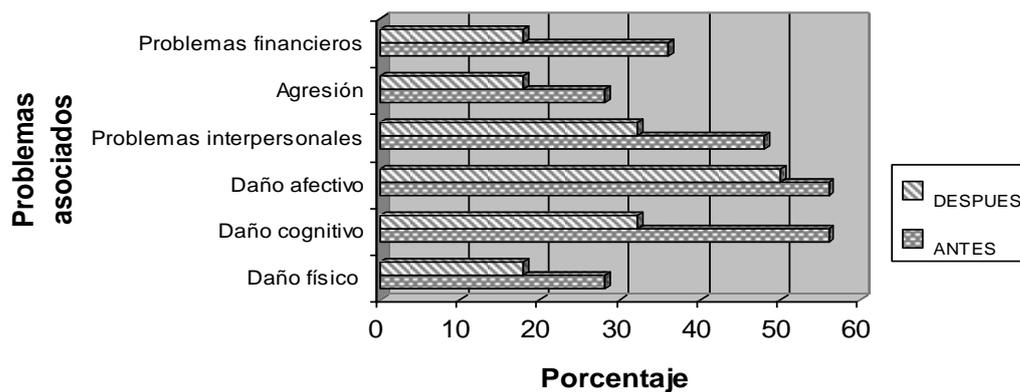


Figura 4. Proporción de problemas asociados al consumo antes y después de la Intervención

COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE ALCOHOL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN BREVE

Para comprobar la presencia de cambios en la variable auto eficacia y en el patrón de consumo, se empleó la prueba de comparación de medias T de Student, la cual es una prueba paramétrica que permite analizar si hay diferencias entre dos grupos de puntuaciones (medias aritméticas).

T de Student

Con lo que respecta al nivel de autoeficacia evaluado antes y después de la intervención breve, se observó un incremento en las ocho situaciones planteadas en el Cuestionario de Confianza Situacional. Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas se reflejaron en las categorías de Emociones Agradables ($t= -3.567$, $gl= 24$, $sig.= 0.002$), Necesidad Física ($t= -2.722$, $gl= 23$, $sig.= 0.012$), Presión Social ($t= -4.407$, $gl= 23$, $sig.= .000$) y Momentos Agradables con Otros ($t= -4.723$, $gl= 23$, $sig.= .000$), las cuales pueden observarse en la Figura 5.

Auto eficacia	t	gl	sig	Media Pre	Media Post
Emociones desagradables	-1.782	24	.087	64.00	76.80
Malestar físico	-1.306	24	.204	77.80	87.80
Emociones agradables	-3.567	24	.002	47.20	73.40
Probando autocontrol	-1.995	23	.058	66.04	80.21
Necesidad física	-2.722	23	.012	62.92	81.25
Conflictos con otros	-1.085	23	.289	79.58	85.00
Presión social	-4.407	23	.000	56.88	83.96
Momentos agradables con otros	-4.723	23	.000	41.67	72.71

Tabla 1. Resultados de la prueba T de Student con muestras relacionadas para las ocho escalas del Cuestionario de Confianza Situacional

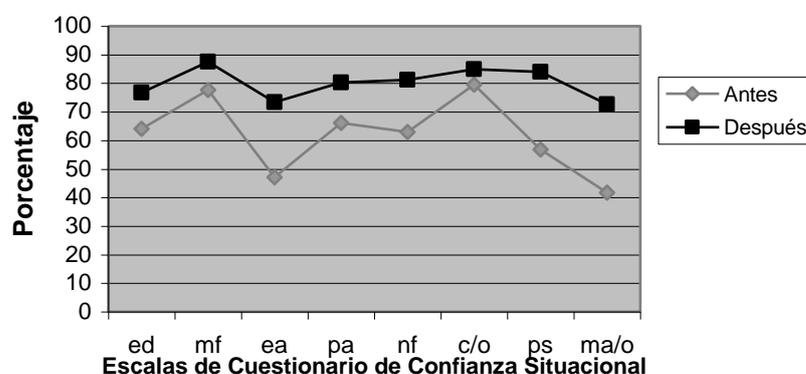


Figura 5. Comparación en los niveles de Auto Eficacia antes y después de la Intervención

Por otro lado, los datos obtenidos respecto al patrón de consumo se analizaron en términos de porcentajes, tales como el de días de abstinencia, días de consumo, días de consumo moderado, días de consumo excesivo y días de consumo muy excesivo; asimismo, el patrón de consumo se analizó con base en el número de tragos estándar, considerándose el consumo anual y el consumo diario. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

De esta manera, los cambios observados después de la intervención fueron estadísticamente significativos en el porcentaje de días de abstinencia ($t = -3.549$, $gl = 24$, $sig. = .002$), porcentaje de días de consumo ($t = 3.787$, $gl = 24$, $sig. = .001$), porcentaje de días de consumo muy excesivo ($t = 2.616$, $gl = 23$, $sig. = .015$), el total anual de tragos estándar ($t = 4.465$, $gl = 23$, $sig. = .000$) y los tragos estándar por ocasión ($t = 4.069$, $gl = 23$, $sig. = .000$).

Patrón de consumo	t	gl	sig	Media Pre	Media Post
Porcentaje de días de Abstinencia	-3.549	24	.002	80.2308	88.2084
Porcentaje de días de consumo	3.787	24	.001	19.7415	11.1552
Porcentaje de días de consumo moderado	.640	23	.528	11.3283	7.9450
Porcentaje de días de consumo excesivo	1.881	23	.073	10.8404	2.6250
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	2.616	23	.015	2.3758	.3333
Total de tragos estándar al año	4.465	23	.000	420.08	134.9167
Tragos estándar por ocasión	4.069	23	.000	6.1903	3.3796

Tabla 2. Resultados de la prueba T de Student con muestras relacionadas para el patrón de consumo.

ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE ALCOHOL

Por otra parte, para determinar la existencia de relaciones entre las variables, se utilizó una prueba de asociación a partir de la correlación de Pearson para las variables de autoeficacia y nivel de consumo. Los resultados se muestran en la tabla 3, en la cual se resaltan las correlaciones estadísticamente significativas antes de la intervención.

De manera que en el análisis antes de la intervención, las áreas de la autoeficacia relacionadas fueron probando autocontrol, necesidad física y conflictos con otros; mientras que en lo que respecta al consumo de alcohol, las medidas relacionadas fueron el porcentaje de días de consumo excesivo, porcentaje de días de consumo muy excesivo, número máximo de tragos estándar, porcentaje de días de abstinencia, porcentaje de días de consumo y promedio de consumo diario.

Así, en relación al área probando autocontrol, se encontraron tres relaciones. La primera de ellas con el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol de forma moderada y directamente proporcional ($r = .549$, $p = .007$); la segunda con el porcentaje de días de consumo muy excesivo en forma baja e inversamente proporcional ($r = -.457$, $p = .028$) y finalmente con el número máximo de tragos estándar de manera baja e inversamente proporcional ($r = -.474$, $p = .026$).

Por otro lado, el área necesidad física tuvo una relación baja con el porcentaje de días de abstinencia de forma directamente proporcional ($r = .421$, $p = .040$), y con el porcentaje de días de consumo de manera inversamente proporcional ($r = -.419$, $p = .005$).

Finalmente, el área conflictos con otros se asoció con el porcentaje de días de consumo de manera moderada e inversamente proporcional ($r = -.554$, $p =$

.005), con los tragos por ocasión de manera baja y directamente proporcional ($r = .438$, $p = .036$) y con el porcentaje de días de abstinencia en forma moderada y directamente proporcional ($r = .553$, $p = .005$).

Ahora bien, en los resultados después de la intervención, los cuales se muestran en la Tabla 4 resaltando los datos estadísticamente significativos, se observaron correlaciones entre las áreas emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros, por un lado, y el número de tragos estándar por ocasión, el porcentaje de días de consumo excesivo, el porcentaje de días de consumo muy excesivo y el total de tragos estándar al año.

Por principio, se encontró que el área emociones desagradables tuvo una asociación lineal de manera moderada e inversamente proporcional con el número de tragos estándar por ocasión ($r = .558$, $p = .003$) y el porcentaje de días de consumo muy excesivo de alcohol ($r = -.560$, $p = .003$).

Así también, en cuanto al área malestar físico, se encontró una correlación con el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol de manera moderada e inversamente proporcional ($r = -.640$, $p = .000$).

De igual forma, el área emociones agradables se asoció en forma moderada e inversamente proporcional con el número de tragos estándar por ocasión ($r = -.531$, $p = .005$), y con el porcentaje de días de consumo muy excesivo de alcohol ($r = .591$, $p = .001$).

En cuanto al área probando autocontrol se halló una relación moderada e inversamente proporcional con el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol ($r = -.641$, $p = .000$).

Por otra parte, la asociación lineal entre el área necesidad física y el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol se encontró baja e inversamente proporcional ($r = -.478$, $p = .013$).

En cuanto a presión social, se encontraron relaciones inversamente proporcionales, por un lado, relaciones bajas con el número de tragos estándar por ocasión ($r = -.456$, $p = .019$), el total de tragos estándar al año ($r = -.435$, $p = .026$) y el porcentaje de días de consumo muy excesivo ($r = -.451$, $p = .021$) y, por otro, una relación moderada con el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol ($r = -.627$, $p = .001$).

Por último, en lo que se refiere al área momentos agradables con otros, se hallaron asociaciones moderadas e inversamente proporcionales con el número de tragos estándar por ocasión ($r = -.518$, $p = .007$) y con el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol ($r = -.609$, $p = .001$); mientras que con el porcentaje de días de consumo muy excesivo se asoció en forma baja e inversamente proporcional ($r = -.490$, $p = .011$).

Emociones desagradables	Coficiente Pearson	Significancia
Porcentaje de días de abstinencia	.393	.052
Porcentaje de días de consumo	-.384	.058
Porcentaje de días de consumo moderado	.017	.937
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.217	.308
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.131	.543
Número máximo de copas	-.157	.475
Tragos estándar por ocasión	-.371	.991
Total de copas al año	-.003	.074
Malestar Físico		
Porcentaje de días de abstinencia	.092	.662
Porcentaje de días de consumo	-.094	.653
Porcentaje de días de consumo moderado	-.093	.667
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.281	.183
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.177	.596
Número máximo de copas	-.114	.297
Tragos estándar por ocasión	.227	.906
Total de copas al año	.025	.407
Emociones agradables		
Porcentaje de días de abstinencia	.048	.819
Porcentaje de días de consumo	-.049	.817
Porcentaje de días de consumo moderado	-.048	.823
Porcentaje de días de consumo excesivo	.185	.386
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.309	.142
Número máximo de copas	-.036	.870
Tragos estándar por ocasión	-.126	.556
Total de copas al año	-.219	.304
Probando autocontrol		
Porcentaje de días de abstinencia	-.206	.334
Porcentaje de días de consumo	.209	.327
Porcentaje de días de consumo moderado	.099	.654
Porcentaje de días de consumo excesivo	.547	.007
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.457	.028
Número máximo de copas	-.474	.026
Tragos estándar por ocasión	-.359	.092
Total de copas al año	-.152	.488

Necesidad Física	Coficiente Pearson	Significancia
Porcentaje de días de abstinencia	.421	.040
Porcentaje de días de consumo	-.419	.042
Porcentaje de días de consumo moderado	-.337	.116
Porcentaje de días de consumo excesivo	.093	.672
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.181	.408
Numero máximo de copas	-.230	.304
Tragos estándar por ocasión	-.050	.820
Total de copas al año	-.294	.173
Conflictos con otros		
Porcentaje de días de abstinencia	.553	.005
Porcentaje de días de consumo	-.554	.005
Porcentaje de días de consumo moderado	-.225	.303
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.164	.454
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	.131	.552
Numero máximo de copas	.204	.363
Tragos estándar por ocasión	.438	.036
Total de copas al año	-.183	.403
Presión Social		
Porcentaje de días de abstinencia	.238	.263
Porcentaje de días de consumo	-.236	.266
Porcentaje de días de consumo moderado	-.055	.802
Porcentaje de días de consumo excesivo	.327	.128
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.164	.454
Numero máximo de copas	-.311	.159
Tragos estándar por ocasión	.022	.922
Total de copas al año	-.186	.396
Momentos agradables con otros		
Porcentaje de días de abstinencia	-.215	.313
Porcentaje de días de consumo	-.022	.313
Porcentaje de días de consumo moderado	.256	.922
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.158	.239
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	.010	.473
Número máximo de copas	-.103	.964
Tragos estándar por ocasión	.215	.639
Total de copas al año	-.198	.364

Tabla 3. Resultados de la prueba de Asociación de Pearson entre Auto Eficacia y Consumo de Alcohol antes de la Intervención

Emociones desagradables	Coeficiente Pearson	Significancia
Porcentaje de días de consumo	.000	.999
Tragos estándar por ocasión	-.558	.003
Total de copas al año	-.193	.346
Porcentaje de días de consumo	.000	.999
Porcentaje de días de abstinencia	.022	.913
Porcentaje de días de consumo moderado	.063	.761
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.176	.391
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.560	.003
Malestar físico		
Porcentaje de días de consumo	-.151	.461
Total de copas al año	-.354	.076
Porcentaje de días de abstinencia	.166	.418
Porcentaje de días de consumo moderado	.002	.994
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.640	.000
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	.117	.569
Emociones agradables		
Porcentaje de días de consumo	.160	.435
Tragos estándar por ocasión	-.531	.005
Total copas al año	.012	.955
Porcentaje de días de abstinencia	-.145	.481
Porcentaje de días de consumo moderado	-.198	.332
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.088	.670
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.591	.001
Probando autocontrol		
Porcentaje de días de consumo	-.021	.920
Tragos estándar por ocasión	-.350	.080
Total de copas al año	-.284	.159
Porcentaje de días de abstinencia	.036	.861
Porcentaje de días de consumo moderado	.145	.481
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.641	.000
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.215	.292

Necesidad física	Coeficiente Pearson	Significancia
Porcentaje de días de consumo	-.082	.690
Tragos estándar por ocasión	-.259	.201
Total de copas al año	-.198	.333
Porcentaje de días de abstinencia	.090	.661
Porcentaje de días de consumo moderado	.027	.895
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.478	.013
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	.122	.554
Conflictos con otros		
Porcentaje de días de consumo	.019	.928
Tragos estándar por ocasión	-.250	.219
Total de copas al año	-.031	.879
Porcentaje de días de abstinencia	.003	.989
Porcentaje de días de consumo moderado	.019	.925
Porcentaje de días de consumo excesivo	.024	.906
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.060	.769
Presión social		
Porcentaje de días de consumo	-.156	.446
Tragos estándar por ocasión	-.456	.019
Total de copas al año	-.435	.026
Porcentaje de días de abstinencia	.175	.391
Porcentaje de días de consumo moderado	.012	.953
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.627	.001
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.451	.021
Momentos agradables con otros		
Porcentaje de días de consumo	-.003	.989
Tragos estándar por ocasión	-.518	.007
Total copas al año	-.281	.165
Porcentaje de días de abstinencia	.016	.940
Porcentaje de días de consumo moderado	.163	.425
Porcentaje de días de consumo excesivo	-.609	.001
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	-.490	.011

Tabla 4. Resultados de la prueba de Asociación de Pearson entre Auto Eficacia y Consumo de Alcohol después de la Intervención

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo, se orientó en comprobar la influencia de la auto-eficacia en la reducción de un patrón de consumo de alcohol en un grupo de bebedores problema a partir de la comparación de las mediciones pretest-postest en una intervención breve.

Para ello, se contó con la participación de 28 sujetos de los cuales la mayoría fueron hombres. Los participantes tenían en promedio 37 años de edad en un rango de los 18 a los 65 años y su escolaridad fue a nivel universitario para la mitad de la muestra.

En cuanto a la percepción del problema al inicio del tratamiento, se encontró que la mitad de la muestra lo consideró un problema menor y cerca de la tercera parte como problema mayor (ver Apéndice 1). Así también, la muestra presentaba en promedio 17 años de consumo y la mayoría había consumido de 1 a 10 años; en particular, el consumo excesivo había sido de 7.71 años en promedio y la mayoría de la muestra había consumido en exceso de 1 a 5 años, mientras que la cuarta parte lo hizo de 10 a 15 años.

Al momento de llegar a tratamiento, la muestra refirió un promedio de 5.52 años con problemas debidos al consumo, en forma tal que la mayoría mencionó de 1 a 5 años con problemas por el consumo-

Ahora bien, en cuanto al patrón de consumo, los resultados mostraron que en términos de frecuencia y cantidad de consumo, se observaron diferencias significativas en los datos antes y después de la intervención, lo que permite comprobar que la asistencia a una intervención breve con componentes de autoeficacia, favorece la modificación en el patrón de consumo en términos de frecuencia y cantidad; estos hallazgos concuerdan con los resultados de Hasking & Oei (2002) y Lee & Oei (1993) quienes mencionan que la autoeficacia determina la frecuencia y cantidad de consumo. Cabe mencionar, que

la disminución en la cantidad de consumo por parte de este grupo, se relacionó principalmente con el consumo moderado (de 1 a 4 tragos estándar por ocasión de consumo), situación que coincide con los resultados de investigaciones previas desarrolladas por Ayala (1995) en donde se encuentra una reducción de 10.26 tragos estándar por ocasión durante los 12 meses previos al tratamiento a 2.74 durante el mismo. También, otra de las investigaciones que concuerda con los resultados de este estudio, es la realizada por Ayala, Echeverría y Sobell y Sobell en 1997, en donde reportaron hallazgos parecidos ya que después de la intervención mencionan que el porcentaje de días más alto fue el relacionado al consumo moderado en contraposición a la predominancia del porcentaje de días de consumo excesivo antes de la intervención. Asimismo, estos hallazgos confirman la postura de Bandura (1997) acerca de que la auto eficacia percibida es un factor importante para el cumplimiento de metas.

En general, los cambios en el consumo después de la intervención fueron favorables en cada una de las siete medidas; siendo estadísticamente significativas en cinco de las diferentes mediciones de consumo y clínicamente significativas en las dos restantes.

De manera tal que los días de abstinencia se vieron aumentados en la medición posterior a la intervención; mientras que el resto de mediciones referentes al consumo se observaron disminuidas.

Así, los porcentajes respectivos a los días de consumo moderado y días de consumo excesivo no fueron estadísticamente significativos, mas si lo fueron clínicamente, pues en ambos se observó una disminución en las cifras posteriores al tratamiento.

En relación a lo anterior, los estudios previos con el modelo de intervención breve han mostrado resultados en la misma dirección cuando se trata de días de abstinencia. De tal forma que Ayala y cols. (1995) reportan un aumento de

62% de días que permanecieron abstemios antes del tratamiento a 74% después del mismo; en un estudio posterior del mismo autor (1997) los resultados fueron muy semejantes, encontrándose un aumento del 10% en el número de días por mes de no haber consumido alcohol durante la etapa de seguimiento.

Por otra parte, la percepción sobre el consumo igualmente sufrió cambios después de la intervención, de forma que los usuarios refieren una disminución de la severidad de su problema, siendo la minoría los que siguen considerándolo grave y por otra parte desaparece el porcentaje que lo califica de problema mayor. Los resultados son parecidos a los reportados por Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell (1997) pues en este caso el porcentaje de personas que califican su problema como mayor disminuye significativamente y aumenta, por el contrario, el porcentaje que lo considera menor o sin problema. De manera tal que las intervenciones breves enfocadas en la auto eficacia permiten dejar de percibir el consumo como un problema o, en todo caso, como un problema mayor lo que habla así mismo de la mejoría que presentan los usuarios después de la intervención en cuanto al manejo de su consumo en determinadas situaciones y su satisfacción con ello.

Relacionado a lo anterior, la comparación que hicieron los usuarios de su consumo anterior al tratamiento y su consumo actual, fue favorable también dado que casi el total de la muestra refirió que el problema actual era menor que el que presentaban antes del tratamiento o, incluso, que ya no representaba un problema en la actualidad.

Ahora bien, el siguiente elemento analizado en relación a la intervención fue la auto eficacia, el cual resulta ser el de mayor interés para este trabajo. De tal forma que se encontraron incrementos del nivel en las ocho categorías del Cuestionario de Confianza Situacional en el momento posterior a la intervención; no obstante, fue en los escenarios de emociones agradables, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros donde los

usuarios mostraron una mejoría significativa en el control de su consumo. En forma semejante, Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell (1997) reportan aumento en el nivel de auto eficacia en dos periodos de seguimiento en forma tal que hubo un incremento en las 8 áreas del CCS en el periodo de 6 meses y de 7 áreas en el periodo a los 12 meses.

Ahora bien, las relaciones encontradas antes de la intervención entre auto eficacia y consumo de alcohol se describen de la siguiente manera: en las situaciones de necesidad física y conflictos con otros un nivel alto de auto eficacia se vinculó con el aumento de días de abstinencia y disminución del porcentaje de días de consumo; si bien en la situación de conflictos con otros, una auto eficacia alta se asoció también con el aumento del consumo por ocasión. Finalmente, en la situación de probando control una auto eficacia alta se asoció con la reducción del porcentaje de días de consumo muy excesivo y del número máximo de copas; no obstante, un nivel alto de auto eficacia bajo esta situación se asoció también con un aumento en el porcentaje de días de consumo excesivo.

Por otro lado, en las correlaciones observadas después de la intervención, se encontró que a mayor nivel de auto eficacia, menor nivel de consumo. Sin embargo, en las mediciones de este periodo los puntajes de auto eficacia fueron más altos que en el periodo pre-tratamiento, como se esperaba en este estudio; así mismo que una disminución del consumo, pues la auto eficacia contribuye a los logros y predice el comportamiento (Matsui & Tsukamoto, 1991), entre ellos los consumos excesivos (Schulenberg et. al., 1996).

De tal forma que en el periodo post tratamiento se encontró que una auto eficacia alta se asoció con el consumo de alcohol de la siguiente manera: en situaciones de emociones tanto agradables como desagradables con la reducción de tragos estándar por ocasión y del porcentaje de días de consumo muy excesivo; en las situaciones físicas de malestar y necesidad con la reducción del porcentaje de días de consumo excesivo. Por otro lado, en

situaciones sociales de presión y momentos agradables con la reducción de los tragos estándar por ocasión, del porcentaje de días de consumo excesivo y del porcentaje de días de consumo muy excesivo, además con la reducción del total anual de tragos estándar en el caso de presión social. Finalmente, en la situación de probando auto control se encontró que una auto eficacia alta se asoció a la reducción del porcentaje de días de consumo excesivo.

En términos generales, después de la intervención, aumentó el número de asociaciones entre auto eficacia y consumo de alcohol, en donde tres medidas de consumo (tragos estándar por ocasión, porcentaje de días de consumo excesivo y porcentaje de días de consumo muy excesivo) se vieron influidas por la auto eficacia en situaciones emocionales, físicas y sociales.

En cuanto a lo anterior, Engels et. al. (2005) revelaron que los motivos más mencionados para beber fueron los motivos sociales y de reforzamiento, es decir, en dos esferas dentro de las cuales se encontraron cambios en la muestra de este estudio.

Por otro lado, en el estudio realizado por Engels, se halló que la muestra presentaba puntajes altos de auto eficacia, de forma semejante que en este estudio, pues en este caso la muestra presentaba puntajes altos en la variable al llegar a tratamiento, sin que ello afectara la posibilidad del modelo de intervención para incrementarla.

Así también, Engels agregó estudios de correlación en donde encontró asociaciones entre la auto eficacia y el consumo de alcohol, específicamente en las situaciones de beber solo, lugares públicos, fiestas y visitas. Pero otros estudios ya habían descrito, además, que niveles altos de auto eficacia se asocian con un menor consumo (Hasking & Oei, 2004), lo cual coincide con las interacciones auto eficacia-consumo encontradas en el presente estudio, en el cual, la modificación del nivel de auto eficacia en situaciones emocionales, físicas y sociales mediante una intervención breve permitió disminuir el

porcentaje de días de consumo excesivo, el porcentaje de días de consumo muy excesivo y el número de copas por ocasión.

Lo anterior permite concluir que después de la intervención los usuarios reportan un mayor control de su consumo en situaciones riesgo, lo cual coincide con la Teoría Cognitiva Social del Aprendizaje, que considera que el individuo puede controlar diversos aspectos de su vida debido a la intervención de las cogniciones, (Carrascoza, 2007; Salanova, 2004). De tal forma que los cambios encontrados en los niveles de consumo de este estudio son atribuidos a la auto eficacia, pues el objetivo de sus evaluaciones es incidir en el control, modificación o cese de la conducta de consumo (DiClemente, Fairhurst & Piotrowsky, 1995).

Así mismo, en la literatura se ha encontrado que bebedores de alto riesgo presentan baja auto eficacia de resistencia al consumo y pérdida de control en situaciones emocionales y sociales (Lee, Oei & Greeley, 1999); por otro lado, el presente estudio ha demostrado la capacidad de la intervención breve para dotar a los usuarios de mayor control de su consumo en situaciones emocionales, sociales y físicas, por lo que las intervenciones encaminadas a manejar el consumo de alcohol mediante el manejo de la autoeficacia representan una alternativa de solución para los bebedores excesivos, dado que incide en los ámbitos de mayor riesgo.

Ahora bien, en el caso de los problemas asociados al consumo, se detectó una disminución durante el periodo posterior a la intervención en el porcentaje de personas que los reportaban en el plano físico, cognoscitivo, afectivo, interpersonal, financiero y violencia. Además, en el aspecto afectivo y financiero, también se modificó la severidad percibida pues se reportaron como problemas menores. Por su parte, Ayala, Echeverría y Sobell y Sobell (1997) reportan igualmente la disminución del porcentaje de personas que reportan dichos problemas.

Como ya se mencionó, los resultados anteriores describen cambios en la auto eficacia y el patrón de consumo después de la intervención, de manera que niveles altos de la primera se relacionan con la disminución del consumo de alcohol, dichos cambios atribuidos a la aplicación de la Intervención Breve para Bebedores Problema centrada en la auto eficacia, ya que esta variable incide en los cambios psicológicos y conductuales (Bandura, 1997).

De manera que la auto eficacia da cuenta de la conducta de consumo de alcohol y de los escenarios de mayor riesgo para consumir, lo cual explica su papel en las intervenciones y los resultados. Ya que los bebedores de alto riesgo presentan baja auto eficacia y pérdida de control en situaciones emocionales, de oportunidad y sociales, los resultados de este estudio fueron favorables pues se observaron puntajes altos de auto eficacia y bajos de consumo en situaciones físicas, emocionales y sociales después de la intervención.

Por lo tanto, el manejo de las creencias de eficacia en las intervenciones de conductas adictivas resulta muy útil por el control con el cual dota al usuario para enfrentar su consumo, ya que, como Bandura (en Carrascoza, 2007) ha señalado, se trata de los pensamientos que más afectan la acción porque determinan qué hacer, cuánto esfuerzo invertir y cuánto perseverar.

Finalmente, la identificación de situaciones de riesgo que facilitan el consumo mediante el manejo de la auto eficacia es también relevante en las intervenciones, dado que distintos contextos se relacionan con diferentes patrones de consumo y niveles de auto eficacia (Goldman, 1989), además de que una baja auto eficacia puede llevar a los sujetos a ser más propensos a beber en visitas a amigos y familiares, fiestas, lugares públicos y solos, es decir, a beber en situaciones emocionales, de reforzamiento o sociales (Engels, Wiers, Lemmers & Overbeek 2005; Lee, Oei & Greeley, 1999). Por lo tanto, la Intervención Breve para Bebedores Problema resulta de utilidad en cuanto que permite aumentar la confianza del usuario para manejar su consumo de alcohol

en situaciones físicas, emocionales y sociales que podrían fácilmente llevarlo a un consumo excesivo.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Ayala, H. (1995). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM. CONACYT. (Proyecto No. 3283-H9308). México, 81-91
- Ayala, H. y Echeverría, L. (1998) en *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. FISAC: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., 151-152, 155-160.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L.C. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (2) 113-127.
- Bolaños, C. (2008, 12 de noviembre). *¿Qué es adicción?* Desde <http://www.cij.gob.mx/paginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Padresy%20Madres/adiccion.asp>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company. 36-39
- Crespo, J. y O'Ferral, C. (2009). En *Revista en Internet de Información General sobre Ciencia e Investigación*. Desde <http://www2.uca.es/revista/uca-nvestiga/marzo-abril/adicciones.htm>
- Enciclopedia Médica en Español (2009). Desde <http://www.infodoctor.org/www/meshf.php?idos=34686>

Echeverría, S.V.L, Ruíz, T.G.M, Salazar, G.M.L y Tiburcio, S.M.A. (2005) *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. (1a. Ed.) Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Conacyt. Conadic. 33-42, 49-85.

Carrascoza, C. A. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. (Proyecto CONACYT C36266-H). 17-21, 23-25

Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Secretaría de Salud. (2001). *Programa Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones*. 22-25

DiClemente, C., Fairhurst, K. & Piotrowski, N. (1995) Self-Efficacy and Addictive Behaviors. En Maddux, J. (1995). *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment. Theory, Research and Application*. New York and London: Plenum Press. 110-116

Díaz-Leal, L. en *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. FISAC: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C ., 136-145.

Engels, R., Wiers, R., Lemmers, L. & Overbeek, G. (2005). Drinking Motives, Alcohol Expectancies, Self-Efficacy, and Drinking Patterns. *Drug Education*, 35 (2) 147-166. Desde base de datos.

González, H. (2005, 23 de noviembre). Curso Básico sobre alcoholismo. Epidemiología. Desde <http://www.lasdrogas.info/blog/?p=39>

Hasking, P.A. & Oei, T.P.S. (2004, Octubre). The complexity of drinking: Interactions between the cognitive and behavioural determinants of

alcohol consumption. *Addiction Research And Theory*, 12(5), 469-488.

Desde base de datos.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C.C., Baptista, L. P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill. 114-133, 184-189, 267-277.

Lee, N. K., Oei, T.P.S. & Greeley, J. (1999). The interaction of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in high and low risk drinkers. *Addiction Research*, 7(2), 91-102.

Mack, A.H., Franklin, J. y Frances, R. (2003). *Guía Tratamiento del Alcoholismo y las Adicciones*. Barcelona: Ed. Masson, 156-157.

Maddux, J. (1995). *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment. Theory, Research and Application*. New York and London: Plenum Press. 4, 9-18.

Marlatt, G. Baer, J. S. y Quigley, L. A. Auto-eficacia y conducta adictiva. En Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual*. España: Desclée de Brouwer, S.A. 245-247

McClelland, D.C. (1989). *Estudio de la Motivación Humana*. Madrid: Marcea Ediciones. 195, 503-509, 518-527, 530-541

Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Galván F., Fleiz, C., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A., García, A. (2002) *Encuesta Nacional de Adicciones*, Introducción, Capítulo de Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.

Nato, A. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Buenos Aires: Editorial Universidad. 88-90.

Oei, T. & Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 29, 159-179. Desde base de datos, disponible en www.sciencedirect.com

Salanova, M., Grau, R., Martínez, I.M., Cifre, E., Llorens, S. García Renedo, M. (2004) *Nuevos Horizontes en la investigación sobre auto eficacia*. Universitat Jaume.

Secades, R. (1998). *Alcoholismo Juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide. 80-81

Seligman, M.E.P. (1981). *Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Editorial Debate. 43, 46-49, 52-66.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Epidemiología. (2001). *Centros de Tratamiento. Gubernamental: Centros de Integración Juvenil (CIJ). No Gubernamental: Organismos No Gubernamentales y servicios de atención (ONG). Informe de resultados*. Desde <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/inf2001/pdf/centx01.pdf>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Epidemiología. (2001). *Hospitales de Psiquiatría. Informe de resultados*. Desde <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/inf2001/pdf/psiq01.pdf>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Epidemiología. (2001). *Servicios de urgencia en hospitales de segundo nivel de atención. Informe de resultados*. Desde <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/inf2001/pdf/urgen01.pdf>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Epidemiología. (2001). *Servicio Médico Forense. Informe de resultados*. Desde <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/inf2001/pdf/foren01.pdf>

World Health Organization (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*.

World Health Organization (2003). *Brief Intervention for substance use: A manual for use in primary care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Department of mental health and substance dependence. Desde http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf

APENDICES

APENDICE 1
ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA INICIAL

Nombre : _____ Fecha: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

1. Edad: (en años cumplidos) _____
2. Sexo: (1) Masculino (2) femenino _____
3. Escolaridad: (No. de años terminados) _____
4. Estado civil: (marque sólo una opción):
____ (1) Casado(a) ____ (2) Soltero(a) ____ (3) Separado(a)
____ (4) Divorciado(a) ____ (5) Unión libre ____ (6) Viudo (a)
5. Con quien vive actualmente (marque las opciones necesarias):
(1) ____ Esposo (a) (2) ____ Niños (3) ____ Padres (4) ____ Hermanos
(5) ____ Amigos (6) ____ Parientes (7) ____ Solo (8) ____ Otros
6. Lugar de residencia en la actualidad:
(1) ____ Casa propia (3) ____ Cuarto (5) ____ Pensión
(2) ____ Departamento o casa rentada (4) ____ Sin dirección permanente (6) ____ Otra _____
7. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? _____

SALUD FISICA

8. ¿Porqué está buscando tratamiento?

9. Principal problema por el que está buscando ayuda (Marque sólo uno)

- | | |
|-----------------------------|--|
| (1) ____ Alcohol | (5) ____ Heroína: _____ |
| (2) ____ Tabaco | (6) ____ Pastillas. Nombre: _____ |
| (3) ____ Marihuana/Cannabis | (7) ____ Otras (drogas) _____ |
| (4) ____ Cocaína | (8) ____ Tengo varios problemas con las drogas que considero de igual importancia: _____ |

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

- (1) ____ No, nunca (2) ____ Si

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas	Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas
(3) Centro de desintoxicación			(6) Tratamiento médico		
(4) Tratamiento de consulta externa			(7) Tratamiento psiquiátrico		
(5) Tratamiento de consulta interna			(8) Grupos de Auto-ayuda		

11. ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

- (1) ____ No (2) ____ Si ¿Cuál?: _____

12. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando?

- (1) ____ No (2) ____ Si ¿Cuál (Cada cuándo, por qué?): _____

13. ¿Cuánto pesa? _____ kg.

14. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?
- (1) ___ No, ninguna (4) ___ Ir al cine o teatro (7) ___ Ir a fiestas
 (2) ___ leer (5) ___ Ir a los museos (8) ___ Otro
 (3) Hacer deporte (6) ___ Ir a discotecas o bares
15. ¿Estas actividades están relacionadas al abuso de alcohol o al uso de drogas?
- (1) ___ No (2) ___ Si
16. ¿Cuándo está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?
- (1) ___ No (3) ___ Si, pero sólo mi familia
 (2) ___ Si, pero sólo mis amigos (4) ___ Si, tanto mis amigos como mi familia
17. Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas? _____
18. ¿Qué tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?
- (1) ___ Muy satisfecho (2) ___ Satisfecho (3) ___ Inseguro
 (4) ___ Insatisfecho (5) ___ Muy insatisfecho

SITUACION LABORAL

19. Situación laboral (marque solo una opción):
- (1) ___ Tiempo completo (4) ___ Trabajo ocasional (7) ___ Estudiante
 (2) ___ Medio tiempo (5) ___ Sin empleo (8) ___ Jubilado
 (3) ___ Trabaja por su cuenta (6) ___ Incapacitado (9) ___ Labores del hogar
20. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia:

21. Número de años trabajando en ocupación actual: _____
22. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas, estuvo desempleado? _____
23. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas (0 a 360): _____
24. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó?, como resultado de consumir drogas (0 a 360): _____
25. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas o (0 a 360): _____
26. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir drogas (0 a 360): _____
27. Ingreso personal aproximado durante el año pasado: _____
28. En promedio, ¿qué porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol?

29. En promedio, ¿cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas? _____

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

30. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol?

31. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol? _____

32. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol? _____

33. ¿Por cuántos años ha sido un bebedor excesivo? _____

34. Por cuántos años ha tenido problemas con su forma de beber? _____

35. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado (marque sólo una opción):

- _____ 1) **Sin problema**
- _____ 2) **Un pequeño problema** (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- _____ 3) **Un problema menor** (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- _____ 4) **Un problema mayor** (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria)
- _____ 5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

36. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿Cuántas veces ha intentado seriamente dejar ó reducir su consumo? _____

37. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema ¿cuál es el mayor número de veces consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol? (mayo periodo de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ ¿Cuándo ocurrió? _____

(mes y año)

¿Porqué se abstuvo en esa ocasión?

38. En caso de consumo de alcohol ¿en qué porcentaje (0 a 100%) consume las siguientes bebidas?

- _____ 0-100% Cerveza
- _____ 0-100% Vino
- _____ 0-100% pulque
- _____ 0-100% destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila,mezcal, etc.)
- _____ 0-100% coolers

HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

39. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas? _____
40. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el consumo de drogas? _____
41. ¿Por cuántos años ha consumido drogas? _____
42. Por cuántos años ha tenido problemas con su consumo de drogas? _____
43. En la siguiente escala, marca la opción que mejor describa su consumo de drogas durante el año pasado (marque sólo una opción):
- _____ 1) **Sin problema**
 - _____ 2) **Un pequeño problema** (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
 - _____ 3) **Un problema menor** (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
 - _____ 4) **Un problema mayor** (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria)
 - _____ 5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)
44. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿cuántas veces ha intentado seriamente dejar de consumir? _____
45. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿cuál es el mayor número de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de drogas? (mayor periodo de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ ¿Cuándo ocurrió? _____
(mes y año)

¿Por qué se abstuvo en esa ocasión?

CONSUMO DE TABACO

46. ¿Fuma? (para ex fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)
- (1) _____ Nunca he fumado
 - (2) _____ Actualmente fumo
 - (3) _____ Ex fumador (menos de un año)
 - (4) _____ Ex fumador (más de un año), No. de años: _____
47. ¿ Por cuanto tiempo ha sido un fumador regular? _____
48. Promedio de cigarros fumados diariamente _____
49. Número de minutos que pasan (1 hr. = 60 minutos) desde que se despierta en las mañanas hasta que enciendes su primer cigarrillo: _____
(para ex fumadores este dato debe ser antes de dejar de fumar)

50. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (si el cuadro “consumo” se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

<i>Tipo de Droga</i>	Consumo ❖ 1= No 2= Si	Forma de Consumo Oral Inyectada Fumada Inhalada Otras	Último año de consumo	Frecuencia de consumo (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
<i>Alcohol</i>					
Mariguana					
Cocaína					
Metanfetaminas					
Depresivos					
Narcóticos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)					
Inhalantes (cemento, solvente, aerosoles)					
Halucinógenos LSD, Polvo de angel, mescalina, psilocibina)					
Drogas Antialcohol (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

❖ Si el cuadro “Consumo” se contesta “NO” el resto del cuadro debe permanecer en blanco	☐ CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO		
	0 = No consume	2 =1 vez al mes	4 =3 a 6 veces a la semana
	1 = menos de un mes	3 =1 a 2 veces a la semana	5 = Diariamente

CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

	(1) ALCOHOL	(2) ESTIMULANTES	(3) TRANQUILIZANTES	(4) NARCÓTICOS	(5) SEDANTES	(6) SOLVENTES	(7) CANNABIS	(8) OTROS
Droga consumida durante los últimos seis meses 1=Si 2=No								
NOTA: LLENAR LOS SIGUIENTES CUADROS REFIRIÉNDOSE A LA DROGA CONSUMIDA								
PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES								
Daño Físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el consumo de drogas								
Daño Cognitivo (agudo o crónico, incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 ó menos ocasiones 2 = Más de cinco ocasiones								
Daño afectivo (agudo o crónico, incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad) 0 = Ninguno 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
<i>Problemas Interpersonales</i> 0 = Ninguno 1 = Menor (solamente discusiones) 2 = Mayor (pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								
Agresión 0 = Ninguno 1 = Abuso verbal cuando está drogado 2 = Violencia física cuando está drogado								
<i>Problemas Legales</i> 0 = Ninguno 1 = Solamente acusación (tramite pendiente o sin cargos) 2 = Convicto								
Problemas Financieros 0 = Ninguno 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo)								

Nombre del entrevistador: _____

Profesión: _____ Firma: _____

APENDICE 2
LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

LINEA BASE RETROSPECTIVA

Nombre: _____ Fecha: _____

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sap	Dom
E				1	2	3	4
N	5	6	7	8	9	10	11
E	12	13	14	15	16	17	18
R	19	20	21	22	23	24	25
O	26	27	28	29	30	31	

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
A							1
G	2	3	4	5	6	7	8
O	9	10	11	12	13	14	15
S	16	17	18	19	20	21	22
T	23	24	25	26	27	28	29
O	30	31					

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
F							1
E	2	3	4	5	6	7	8
B	9	10	11	12	13	14	15
R	16	17	18	19	20	21	22
E	23	24	25	26	27	28	29

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
S			1	2	3	4	5
E	6	7	8	9	10	11	12
P	13	14	15	16	17	18	19
T	20	21	22	23	24	25	26
I	27	28	29	30			

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
M	1	2	3	4	5	6	7
A	8	9	10	11	12	13	14
R	15	16	17	18	19	20	21
Z	22	23	24	25	26	27	28
O	29	30	31				

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
O					1	2	3
C	4	5	6	7	8	9	10
T	11	12	13	14	15	16	17
U	18	19	20	21	22	23	24
B	25	26	27	28	29	30	31

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
A				1	2	3	4
B	5	6	7	8	9	10	11
R	12	13	14	15	16	17	18
I	19	20	21	22	23	24	25
L	26	27	28	29	30		

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
N	1	2	3	4	5	6	7
O	8	9	10	11	12	13	14
V	15	16	17	18	19	20	21
I	22	23	24	25	26	27	28
E	29	30					

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sap	Dom
M						1	2
A	3	4	5	6	7	8	9
Y	10	11	12	13	14	15	16
O	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
D			1	2	3	4	5
I	6	7	8	9	10	11	12
C	13	14	15	16	17	18	19
I	20	21	22	23	24	25	26
E	27	28	29	30	31		

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
J		1	2	3	4	5	6
U	7	8	9	10	11	12	13
N	14	15	16	17	18	19	20
I	21	22	23	24	25	26	27
O	28	29	30				

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
J				1	2	3	4
U	5	6	7	8	9	10	11
L	12	13	14	15	16	17	18
I	19	20	21	22	23	24	25
O	26	27	28	29	30	31	



APENDICE 3
CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL

Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Fecha: _____

Nombre _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Terapeuta: _____

Instrucciones: A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de **beber o consumir alguna droga**.

Imagínate que estas en este momento en cada una de estas situaciones e indica en la escala que tan seguro te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una x a lo largo de la línea 0% sí "DEFINITIVAMENTE CONSUMIRÍA" ante esa situación o 100% sí "DEFINITIVAMENTE NO CONSUMIRÍAS" en esa situación

1. Emociones Desagradables:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

2. Malestar Físico:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

3. Emociones Agradables:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

4. Probando mi control sobre el consumo de alcohol o drogas:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

5. Necesidad Física:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

6. Conflicto con otros:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

7. Presión social:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

8. Momentos agradables con otros:

*

0%		100%
	definitivamente Consumiría	definitivamente no Consumiría

APENDICE 4
ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL USUARIO

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
DIA / MES / Año

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar :

- Nombre del terapeuta
- Establecimiento de metas
- Resultados de línea base
- Nombre y dirección del colateral

Recordar al usuario que traiga lo siguiente:

- Registro de auto monitoreo para línea base retrospectiva (si los tiene).

1. Lugar de la entrevista:

- ___ (1) en el centro de tratamiento
- ___ (2) en la casa o trabajo
- ___ (3) por teléfono

2. Estado civil:

- ___ (1) Casado
- ___ (2) Soltero
- ___ (3) Divorciado
- ___ (4) Separado
- ___ (5) Viudo
- ___ (5) Unión libre

3. ¿Que tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?

- ___ (1) Muy Satisfecho
- ___ (2) Satisfecho
- ___ (3) Inseguro
- ___ (4) Insatisfecho
- ___ (5) Muy insatisfecho

4. Situación laboral en los últimos 6 meses:

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

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

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

7. Número de trabajos que perdió durante los últimos 6 meses debido a problemas causados por consumo de drogas: _____

8. ¿Ha recibido algún otro tratamiento además de éste o ha participado con grupos de auto-ayuda para resolver su problema de consumo excesivo de alcohol o consumo de drogas, durante los últimos 6 meses?

- ___ (1) Si. Continúe con la pregunta (9)
- ___ (2) No. Continúe con la pregunta (10)

9. Describa el tipo de tratamiento y califíquelo:

(Calificación: (a) útil, (b)no tuvo ninguno efecto, (c) inútil Tipo de tratamiento/ ayuda (2)	Alcoholismo(1) Calificación	Drogadicción
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de alcohol durante los últimos 6 meses: _____

11. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de drogas durante los últimos 6 meses: _____

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

12. Consumo de alcohol en los últimos 6 meses: (El porcentaje debe dar un total de 100)

- Proporción de consumo de pulque _____%
- Proporción del consumo de cerveza _____%
- Proporción del consumo de vino _____%
- Proporción del consumo de destilados _____%

13. Número de días que estuvo bebiendo para evitar o minimizar el síndrome de abstinencia de la noche anterior (cruda), en los últimos 6 meses: _____

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

- ___ (0) No es un problema
- ___ (1) No es un problema
- ___ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
- ___ (3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- ___ (4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria)
- ___ (5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas, de las cuales por lo menos 2 considero que fueron serias)

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

- ___ (0) No es un problema
- ___ (1) Ya no es un problema
- ___ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no me ha provocado ninguna experiencia o consecuencias negativas)
- ___ (3) Es un problema menor (me ha dado algunas experiencias con consecuencias negativas pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- ___ (4) Es un problema grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas una de las cuales, considero que fue seria)

___ (5) Es un problema muy grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas, mínimo 2 que considero que fueron serias)

16. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (Si el cuadro “consumo” se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

SUSTANCIAS	CONSUMO NO = 1 SI = 2	FORMA DE CONSUMO 1 - ORAL 2 - INYECTADA 3 - FUMADA 4 - INHALADA 5 - OTRAS	ULTIMO AÑO DE CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO* (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)	CANTIDAD CONSUMIDA CON MAS FRECUENCIA (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)
ALCOHOL					
MARIGUANA					
COCAINA					
METANFETAMINAS					
DEPRESIVOS					
NARCOTICOS. (HEROINA, METADONA, OPIO, MORFINA, DEMEROL)					
INHALABLES (CEMENTO,,SOLVENTES, AEROSOLES)					
ALUCINOGENOS (LSI) POLVO DE ANGEL, MESCALINA, PSILOCIBINA)					
DROGAS ANTI-ALCOHOL (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

• **CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:**

- (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
- (2) 1 VEZ AL MES
- (3) 1 VEZ A LA SEMANA
- (4) 2 A 3 VECES A LA SEMANA
- (5) DIARIAMENTE

17. CONSECUENCIAS: LLENAR EL SIGUIENTE CUADRO DEPENDIENDO DE LAS CONSECUENCIAS EXPERIMENTADAS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES (SEGUN LA DROGA CONSUMIDA)

	A L C O H O L	MA RI GUA NA	C O C A I N A	ME TAN FE TA MI NAS	DE PRE SI VOS	NAR CO TI COS	IN HA LA BLES	O T R A S
18. DAÑO FÍSICO 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por enfermedad o accidente								
19. DAÑO COGNITIVO (incluyendo lagunas mentales, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones. 2 = Más de 5 ocasiones								
20. DAÑO AFECTIVO (incluyendo cambios de humor, cambios de personalidad) 0 = NINGUNO 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
21. DAÑO INTERPERSONAL 0 = NINGUNO 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes con otros) 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								
22. AGRESIÓN 0 = NINGUNO 1 = Agresión verbal 2 = Violencia física								
23. PROBLEMAS FINANCIEROS 0 = NINGUNO 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (reducción de ingresos por mantener en consumo)								

PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO

18. ¿En los últimos 6 meses, utilizó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas que aprendió durante su terapia?

- (0) No utilizó ninguna estrategia o técnica.
- (1) Auto-monitoreo (de consumo de alcohol o drogas).
- (2) Solución de problemas.
- (3) Identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol o drogas.
- (4) Establecimiento de metas.
- (5) Estrategias de cambio en el estilo de vida.
- (6) Proceso que consiste en detenerse y pensar.
- (7) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras).
- (8) Tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol. (ej: beber más despacio, no tener la copa en las manos, hacer otras actividades, etc.)
- (9) Cambio de amigos o de lugares donde se consume alcohol o drogas.
- (10) Otras: Describa _____
- (11) Otras: Describa _____
- (12) Otras: Describa _____

LAS PREGUNTAS 25 y 26 SON SOLO PARA USUARIOS CON LOS QUE SE HA TENIDO UN CONTACTO UNICO DE 6 MESES.

19. Qué tan útil ha sido la comunicación telefónica con su terapeuta después de terminar las 4 sesiones de tratamiento:

- | | | | | |
|-------------|------------|---------------|-------------------------|------------|
| (1)___ | (2)___ | (3)___ | (4)___ | |
| (5)___ | | | | |
| No fue útil | Ayudó poco | Ayudó en algo | Ayudó considerablemente | Ayudó mcho |

20. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios por medio del teléfono:

- (1) Si
- (2) No
- (3) Si, pero solo con algunos pacientes o usuarios. Por favor, escriba el tipo de usuario que usted considera el adecuado para mantener esta forma de comunicación:

LAS PREGUNTAS RESTANTES SOLO SE HACEN EN EL SEGUIMIENTO DE 12 MESES.

Estas preguntas se relacionan con el tratamiento en el que usted participó hace 12 meses. Estamos interesados en saber lo que usted piensa o sus experiencias durante el año después de su tratamiento. Para completar sus respuestas le agradecemos de antemano algún otro comentario que tenga, acerca del programa y de la manera que éste fue conducido.

21. El tiempo que duró el tratamiento fue :

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

22. Si la terapia fue escasa o abundante. ¿Cuántas sesiones hubieran sido las suficientes?

23. En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de estar en el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema, actualmente su manera de beber es:
- (1) Ya no es un problema
 - (2) El problema es menor que antes
 - (3) No ha cambiado
 - (4) El problema es más grave que antes.

24. En general, como considera que fue su elección de su meta de consumo de alcohol o drogas?
- (1) Una buena meta. ¿Por qué?
 - (2) Sin comentarios
 - (3) Una mala meta. ¿Por qué?

25. Si estuviera al inicio de su tratamiento preferiría elegir usted mismo su meta de consumo drogas o alcohol o preferiría que el terapeuta. seleccionara dicha meta por usted?
- (1) Seleccionar la meta por mi mismo.
 - (2) Seleccione el terapeuta.
 - (3) Indiferente.

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

26. Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características del tratamiento, por medio de la siguiente escala que consta de cinco niveles diferentes:
- (1) No recuerdo (2) Nada útiles (3) Sin opinión (4) Útiles (5) muy útiles

- (1) Entrevista inicial (su primer visita al Centro de Servicios Psicológicos o al IMSS, antes de recibir tratamiento)
- (2) El nombre de su terapeuta es: _____
- (3) Las lecturas y tareas que fueron asignadas.
- (4) Auto-registro de su consumo de drogas y alcohol en su cuadernillo, con los registros de progreso.
- (5) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y contras).
- (6) La aproximación hacia resolución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias, opciones de desarrollo planes de acción) .
- (7) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos).
- (8) La auto selección de las metas para el consumo de drogas y/o el alcohol.
- (9) Cuando usted lo deseo, saber que este tratamiento estuvo a su alcance en el centro de atención.
- (10) Los dos contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento.
- (11) Las 4 sesiones estructuradas de la terapia.

27. Considera usted que el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema en México, en el cual usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población.
- (1) Si.

___ (2) No.

___ (3) Si sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considere el apropiado para esta clase de tratamiento:

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

Resultados de los análisis sanguíneos:

Notas del Entrevistador.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

No. Expediente: _____

Nombre del entrevistador: _____