



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

**Instituto Nacional de Psiquiatría
“Ramón de la Fuente Muñiz”**

Validación de la Escala Sobre Uso Personal de Bebidas Alcohólicas “SOCRATES”:

Motivación al Cambio

**En estudiantes Universitarios de Nivel Superior y Medio Superior con Dependencia al
Alcohol.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

DRA. BERENICE SORIA MACIAS

Asesores:

Dr. Alejandro Díaz Martínez

Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez

México, D. F. Junio de 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO	
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
Marco de referencia y antecedentes	1
Justificación	65
Objetivos	66
OBJETIVO GENERAL	66
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
Hipótesis	66
MATERIAL Y MÉTODOS	67
Tipo de estudio	67
Población en estudio y tamaño de la muestra	67
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	67
Variables y escalas de medición	68
Recolección de datos y análisis de los resultados	69
Implicaciones Éticas del Estudio	70
RESULTADOS	71
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS	80
ANEXOS	88
I. Consentimiento informado	88
II... Otros anexos	90

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1. Características Generales.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabla 2. Confiabilidad del SOCRATES.....</i>	<i>73</i>
<i>Tabla 3. Validez del SOCRATES.....</i>	<i>75</i>

AGRADECIMIENTOS

Primero es a *Dios* por darme la vida y después el amor a esta, por ser mi mejor amigo, mi fortaleza, darme todo lo que tengo y no dejarme caer nunca. Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

Agradezco profundamente a la casualidad que la *vida* me otorgó al haberme puesto en un hogar maravilloso al nacer. Sin el apoyo en todo sentido de mis padres, el placer cotidiano de vivir sería simple monotonía. Es difícil imaginar cómo sería el andar cotidiano sin recordar su comprensión, su apoyo inmenso y su amor. Gracias a mis padres y abuela por compartir y dedicar gran parte de sus vidas conmigo y por darme aliento para la ardua tarea de caminar hacia la perspectiva de un nuevo día; de verdad serán inolvidables.

A *Ramón*, mi *padre* por su enseñanza y amor, quien con su MUERTE, me dio la lección más valiosa de la VIDA...Aunque no estés conmigo físicamente, siempre te recordare. Porque solo la superación de mis ideales me han permitido comprender cada día más, la difícil posición de ser padre, mis valores morales y mi superación te las debo a ti: esto será la mejor de las herencias; mi educación, lo reconozco y lo agradeceré eternamente. En adelante pondré en práctica mis conocimientos y el lugar que en mi mente ocuparon los libros: ahora será tuyo, esto, es por todo el tiempo que te robe pensando en mí. Gracias.

A *María Luisa*, mi *madre* por su apoyo todos estos años, por su infinito amor, comprensión y por ayudarme a que este momento llegara, gracias mamá. Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes, solo deseo que entiendas que el logro mío, es el logro tuyo, que mi esfuerzo es inspirado en ti, y que mi único ideal eres tú.

A mi *abuela* Isabel, sé que me ves y estas orgullosa de mí. Eres mi ángel...

Quiero enfatizar mi agradecimiento al *Dr. Alejandro Díaz Martínez*, asesor teórico por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para que se concretara este trabajo.

Los sabios consejos de la *Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez*, asesora metodológica, quien ha venido guiando desde hace más de dos años mi formación no solamente académica, sino como persona, sin lugar a duda me ha dado lugar a ver en la naturaleza esa combinación de complejidad y sencillez que a la vez se presenta.

Sin lugar a duda este trabajo no pudo haberse realizado sin la formación que recibí durante cuatro años en la Facultad de Medicina y al Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental (U.N.A.M.).

A Mis Maestros:

Dra. Doris Gutierrez, gran maestra, mi cable a tierra y un sol, en los momentos más bipolares de mi vida.

Dr. Héctor Senties, por hacerme aterrizar y ser un gran apoyo y guía en esta última etapa.

Dra. Martha Ontiveros, siempre solucionando los problemas que nos pasaron en estos cuatro años y por el apoyo en todo momento.

A *Agustina*...Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quien con su ayuda, apoyo, comprensión me alentó a lograr esta realidad, porque hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, le agradezco la orientación que siempre me ha otorgado.

A *Cristina y Antonio*, dos personas que fueron mi apoyo durante este agradable y difícil periodo académico, por ser como una familia para mí, por ser mis amigos, por seguir soportándome y siendo parte de mi vida, los valoro.

A *mis amigos, Alejandro y Gerardo*, porque gracias a ellos sé lo que es la amistad verdadera, valor importante en mi vida, por permitirme conocerlos y ser parte de su vida, por aconsejarme, regañarme, compartir risas y llantos en todo este tiempo, por ser mis hermanos, gracias por estar conmigo estos 7 años y a lo largo de mi carrera, y aún después...*Alex*, por ser parte fundamental en esta etapa de mi carrera, por ser quien eres, por estar a mi lado en todo momento desde que te conocí como mi amigo incondicional, siempre estas y estarás en mi corazón, te quiero.

A *mi grupo*, en especial a *Iván Marín y Emmanuel Sarmiento*, los mejores compañeros y amigos; que estuvieron conmigo y compartimos tantas aventuras, experiencias, desveladas. Gracias a cada uno por hacer que mi estancia en el INP fuera súper amena, sin ustedes, no lo hubiese podido lograr, los quiero mucho.

Por último quiero dar las gracias a todos aquellos que me han devuelto una sonrisa, a todos aquellos que me apoyaron en todas las circunstancias posibles y en tiempos difíciles, a todos aquellos que han puesto de su parte para que el trabajo diario sea más llevadero y muy en especial a la vida que, como dijera Violeta Parra, me ha dado tanto.....

Gracias a todos!!!

Gracias por ayudarme a lograrlo.

Berenice Soria Macías

RESUMEN

Objetivo: Examinar la estructura de confiabilidad y el factor de la versión 7 A en español del Sócrates en estudiantes dependientes al alcohol e investigar si una estructura de cinco factores ajusta los datos para la validación de dicha escala en población estudiantil mexicana.

Métodos: El coeficiente de confiabilidad con la fórmula Alfa de Cronbach y la estructura interna de la escala a través del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, se determinan cuantos factores y con qué porcentaje de varianza explicada y carga factorial se encuentran en cada uno de los reactivos.

Resultados: El estudio se realizó con 195 estudiantes, de los cuales el 69.7 % fueron hombres, y el 44.2% se encontraban entre 18 y 19 años, con una media de 19.27, en su mayoría con un nivel de estudios de licenciatura (75.3%). El alpha de Cronbach fue de .821. El análisis factorial de componentes principales, con rotación Varimax se obtuvo un factor que proporciona el 61.75% de la varianza explicada.

Discusión. Se necesita investigar más para fortalecer cada una de las escalas y determinar la habilidad del instrumento. Los coeficientes de Chronbach para la consistencia interna oscilan para la subescala de contemplación de moderada (.67) y alta para la subescala de determinación (.98). La fiabilidad también es alta, va desde .83 a .97. La subescala del reconocimiento ha resultado que tiene buena sensibilidad y especificidad en la identificación de los dependientes a sustancias

Conclusión. Se necesitan investigaciones futuras para comprender los aspectos de motivación que mide el SOCRATES y mostrar cómo podría mejorarse esta escala. Es necesario investigar la estructura de los factores del SOCRATES en diferentes poblaciones clínicas y culturales.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

El modelo Transteórico de las etapas del cambio, descrito por Prochaska y DiClemente, propone una explicación de manera general y completa de los cambios de comportamientos adictivos, pasos progresivos y secuenciales.

Miller ⁵ definió la motivación como la "probabilidad de que una persona acepte y se adhiera a una estrategia de un cambio específico". La motivación es aceptada como un estado de preparación o interés por cambiar, que puede fluctuar de una situación a otra y puede entenderse como un estado interno influenciado por factores externos. El concepto de motivación ha sido estudiado ampliamente en el campo de uso peligroso de sustancias. El interés de Miller fue revelar la disposición y tratamiento en las etapas del cambio con la escala (Sócrates) destinada evaluar la motivación para cambiar en bebedores problema. Inicialmente con una versión de 40 ítems, posteriormente con 32 ítems Aa en las cuales su desarrollo se centró en el problema del consumo. El objetivo era medir las cinco etapas principales de cambio: pre-contemplación, contemplación determinación, acción y mantenimiento. Desde el proyecto inicial, el cuestionario se ha sometido a exhaustivas pruebas psicométrías y se ha modificado sustancialmente en cuanto a lo relacionado con el contenido y número total de ítems. La última versión del cuestionario tiene 19 ítems y ha demostrado la consistencia de tres factores, que se denominaron reconocimiento, ambivalencia y toma de medidas que abarcan las 5 etapas del cambio (la primera dentro del reconocimiento, segunda y tercera en ambivalencia y las dos últimas dentro de la toma de pasos respectivamente).

Se utilizó un cuestionario como instrumento de recolección de datos que llevó necesariamente a controlar la confiabilidad y validez del mismo. Estas dos condiciones son cruciales para obtener éxito de la investigación.

La validez se refiere al grado en que el instrumento mide lo que se pretende medir. La confiabilidad se refiere a la confianza que se concede a los datos. Esta última está

relacionada con la estabilidad o constancia, con la coherencia o consistencia interna y la precisión de las medidas que se obtienen con el instrumento.

La validación del instrumento se lleva a cabo mediante un procedimiento que permitirá la determinación de la consistencia interna. La consistencia interna se determinó de acuerdo con la bibliografía del marco teórico. De esta manera se da paso a utilización de escalas basadas en conocimientos previos respecto del tema elegido para el estudio. Se tomaron como referencia escalas o cuestionarios tradicionales de indagación de pre concepciones y Adaptaciones de los mismos realizadas por Prochaska y DiClemente, 1983.

En los cuestionarios se consideraron cinco núcleos temáticos que conformaron subtests, cada uno de ellos construido por diversos ítems con su correspondiente puntaje, que genera a su vez un puntaje total particular para cada participante. La división del cuestionario se realizó sobre la base que la respuesta a cada ítem, lo cual es, desde el punto de vista teórico, el indicador del constructo a ser medido y de esta manera, al considerar en cada subtest un aspecto determinado, los ítems que lo integran serían homogéneos.

El cuestionario aplicado consta de 40 ítems y en cada uno de ellos se evalúa las 5 subescalas. Fue necesario especificar claramente, para cada ítem, el criterio para considerar fuertemente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, no estoy de acuerdo, fuertemente; no estoy de acuerdo. Los cuestionarios se aplicaron a 195 estudiantes universitarios.

Al estar la investigación orientada metodológicamente al estudio del proceso de diseño, validación y evaluación de los instrumentos, éste es el tipo de investigación que se realiza y que asegura la validez de los datos obtenidos en este trabajo. Para garantizar mayor fidelidad del instrumento, se llevó a cabo la traducción y contra traducción del instrumento originalmente escrito en inglés.

Después de una prueba piloto, haciendo los ajustes necesarios, se aplicó la guía a la muestra seleccionada. Los puntajes obtenidos se calculan, con un programa computacional de estadística SPSS versión 10. Se estima el coeficiente de confiabilidad con la fórmula

Alfa de Cronbach y también se trabaja sobre la estructura interna de la escala a través del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax donde se determinan cuantos factores se encuentran y con qué porcentaje de varianza explicada y que carga factorial se encuentran en cada uno de los reactivos; para determinar si la escala es válida. No se pretende señalar la originalidad en cuanto al procedimiento llevado a cabo en este trabajo. Es nuestra intención contribuir a la literatura especializada presentando ejemplos del uso de instrumentos de recolección de datos y su proceso de validación, poner en evidencia que cuando se utilizan diversos cuestionarios o escalas para evaluar disposición no es fácil lograr objetividad en las puntuaciones. **Resultados:** El estudio se realizó con 195 estudiantes, de los cuales el 69.7 % fueron hombres, y el 44.2% se encontraban entre 18 y 19 años, con una media de 19.27, la mayor parte de los sujetos tenían un nivel de estudios de licenciatura (75.3%). Se hizo la prueba de consistencia interna de la escala de SOCRATES a través del coeficiente de confiabilidad de alpha de Cronbach con la finalidad de observar su funcionamiento en esta muestra. El alpha fue de .821. También se realizó la estructura interna de la escala de SOCRATES de 40 reactivos a través de un análisis factorial de componentes principales, con rotación Varimax donde se obtuvo un factor que proporciona el 61.75% de la varianza explicada. Así mismo se observó que el análisis factorial arrojó 6 factores con valores de Eigen superiores o iguales 1.00, sin embargo los reactivos que presentaron una carga factorial arriba de .30 se encuentran en los primeros 3 factores y la mayor cantidad de reactivos por debajo de 0.30 se encuentran en los factores 4, 5 y 6.

Conclusiones. Se necesitan investigaciones futuras para comprender los aspectos de motivación que mide el SOCRATES y mostrar cómo podría mejorarse esta escala. Es necesario investigar la estructura de los factores del SOCRATES en diferentes poblaciones clínicas y culturales.

ANTECEDENTES

El consumo de alcohol y su medición

El alcohol, la nicotina y la cafeína son las tres sustancias psicoactivas más ampliamente usadas en el mundo occidental; el alcohol es la más destructiva de las tres. Probablemente, reflejando la situación anterior, existe una gran cantidad de información respecto de la epidemiología, la historia natural y el tratamiento de las enfermedades y trastornos relacionados con el alcohol (Schuckit, 2001).

El inicio del uso de alcohol antes de los 18 años se considera un factor de mal pronóstico en el curso e historia natural de la enfermedad alcohólica; si la personas lo comenzaron a usar antes de los 15 años, se considera un caso de extremo riesgo, porque para los 20 años ya pueden haber desarrollado un cuadro severo de adicción, por lo cual debe ser remitido para tratamiento especializado lo antes posible; por ello es importante que los docentes tengan un concepto claro acerca del proceso del trastorno por Dependencia al alcohol.

Es importante hacer una distinción entre los diferentes estudios sobre los patrones de uso del alcohol, para tener claro qué se puede considerar como un patrón anormal de beber. A diferencia de la mayor parte de las sustancias susceptibles de ser objeto de abuso, que pueden ser nocivas a cualquier dosis, el consumo moderado de alcohol no es perjudicial para la mayor parte de las personas sanas. Sin embargo, hay muchas personas que por razones genéticas, culturales, ambientales, o de otro orden, pierden la capacidad de controlar el consumo de alcohol y desarrollan dependencia, el trastorno por dependencia al alcohol (alcoholismo), que actualmente es un problema social de primer orden en todo el mundo. Por otra parte, hay personas que beben cantidades excesivas de alcohol y el consumo no es considerado como problemático, toda vez que su medio sociocultural considera socialmente aceptable este consumo.

En México, esto es particularmente cierto en ciertas regiones del país, en donde tomar cerveza o guarapo no es considerado como problema alcohólico, sino parte de la cultura de “beber”.

Sin embargo, la etiqueta de “bebedor social” que trata de justificar un consumo excesivo habitual de alcohol por las circunstancias sociales o laborales, oculta muchas veces la dependencia alcohólica¹.

Por lo tanto, el énfasis radica en establecer cuál es el umbral de consumo habitual por encima del cual una persona sana incurre en un riesgo elevado de sufrir complicaciones orgánicas, psicológicas o sociales atribuibles al alcohol. Por ello una primera forma que llevó a calcular esta situación fue el denominado “Umbral de riesgo”. Este hace referencia a la cantidad de alcohol que se puede considerar como normal en la ingesta de alcohol. Este cálculo muestra una reducción progresiva del umbral de riesgo en los últimos 50 años en la literatura mundial. Comenzando con 80 – 100 gramos/día hace 50 años, en la actualidad se consideran niveles de 40 gramos/día en el varón y 20 gramos/día en la mujer¹.

El cálculo del consumo de etanol de una persona se basa en la graduación alcohólica de la bebida y en la cantidad consumida. La cantidad consumida se expresa en gramos y la graduación de las bebidas se expresa en volumen. En la fórmula debe incluirse la densidad del etanol (0,80) $Gramos\ de\ alcohol = Volumen\ (Dl.) \times Gramos\ (ml/100 \times 0.80)$ El cálculo individual exige un cuidadoso interrogatorio en donde se pregunte al sujeto de forma específica sobre el tipo y cantidad de bebidas consumidas por día. La actitud de los médicos frente al consumo de alcohol tiende a ser ambivalente.

El sistema de Salud en general tiende a tratar las complicaciones orgánicas del abuso de alcohol, pero no a prevenir éste con intervenciones oportunas (Rubio y López-Muñoz, 2001)¹.

Los instrumentos multidimensionales para evaluar el consumo de alcohol

Un estudio realizado en el Centro para la investigación y Desarrollo en Comunidad Terapéutica (CIDECOT) del Servicio Vasco de Salud (OSAKIDETZA) en el 2005, desarrolló una primera aproximación para la validación del modelo basado en el Aprendizaje Social – Cognitivo en el tratamiento de deshabituación a opiáceos. Se utilizó una batería de cuestionarios para la evaluación de los constructos incluidos en el modelo: Situaciones en las que se consumen drogas, Atribuciones Causales del consumo y la abstinencia, Expectativa del lugar de control sobre el consumo de drogas, Expectativas de Resultados de la abstinencia, Estadios de Cambio en la conducta adictiva y Auto eficacia, entre ellos: *El Inventario de Situaciones en las que se Consumen Drogas* (Inventory of Drug Taking Situations - IDTS) que es un cuestionario auto administrado de 50 ítems desarrollado por Annis y Graham (1992)²⁵ para identificar las situaciones en las que un paciente adicto consumió drogas en el último año, la *Escala de Atribuciones Causales*. “Causal Dimension Scale” (CDS II), desarrollado por McAuley, Duncan y Russell (1992), *Escala de Expectativa del Lugar de Control*: La escala empleada por Annis, Sklar y Turner (1996) para evaluar las expectativas de lugar de control que tienen los drogodependientes sobre el abandono de las drogas, está compuesta por 25 ítems y su formato de respuestas es la elección forzosa de una de las dos alternativas que se presentan en cada ítem. El cuestionario utilizado para medir las expectativas de resultado en pacientes heroínómanos que están tratando de dejar la heroína se deriva del desarrollado por Solomon y Annis (1989) para población alcohólica: el Outcome Expectancy Scale (OES), Cuestionario para la evaluación de la situación psicológica en relación con el cambio en la conducta adictiva: *Cuestionario para la Evaluación de los Estadios de Cambio (SOCRATES)*. El Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES, Miller y Rollnick, 1991) es un instrumento experimental diseñado para evaluar la preparación para el cambio en sujetos con problemas de abuso o dependencia del alcohol u otras sustancias, *Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir Drogas*.

El Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ), desarrollado por Annis y Martin (1985) es un cuestionario autoaplicado de 50 ítems, diseñado para evaluar auto eficacia (o confianza) en la propia capacidad de resistir al deseo de utilizar drogas en diferentes tipos de situaciones.

La muestra incluyó pacientes poli toxicómanos dependientes a opiáceos en diferentes programas de tratamiento de todo el Estado (N = 671). Los instrumentos de evaluación utilizados han mostrado una consistencia interna satisfactoria, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con el 62% de estos coeficientes superiores a 0,80 y el 25% restante superior a 0,70. Se encontró una validez de constructo adecuada (convergente y divergente), con un análisis factorial exploratorio que apoya la validez de los constructos utilizados por la Teoría del Aprendizaje Social – Cognitivo, agrupando en cuatro factores: 1) los constructos relativos a atribuciones causales, 2) la situación psicológica y motivación al cambio, 3) resultados esperados de la abstinencia y su valor subjetivo, y 4) auto eficacia y lugar de control sobre el consumo de drogas. Resultados: Los instrumentos de evaluación estudiados resultaron útiles para la planificación y evaluación de intervenciones psicológicas en drogodependientes².

El empleo de cuestionarios que comprendan ítems para diversas áreas de exploración nos permite evitar la utilización consecutiva de varios. En la actualidad disponemos de diversos cuestionarios y entrevistas que cumplen estas características, de entre ellos podemos destacar:

*Inventario sobre el uso del alcohol (AUI)*³. Es el más utilizado, se trata de un cuestionario autoaplicado de menos de una hora de duración. Incluye 228 preguntas repartidas en 24 escalas. Las 17 primeras escalas representan los siguientes factores de primer orden: motivaciones para beber, patrones de consumo, dependencia física, pérdida de control, problemas de pareja y disposición a hacer cambios en relación a su consumo.

*Índice de Severidad de la Adicción (ASI)*⁴, Es una entrevista estructurada de unos cuarenta minutos de duración que abarca ocho aspectos de la problemática del dependiente, tales

como problemas médicos, laborales, uso de alcohol y drogas, legales, familiares, psicológicos y otros problemas.

Tras la entrevista el evaluador ha de dar una puntuación sobre la gravedad por él estimada en cada una de las áreas evaluadas. Existe una versión europea de dicho instrumento, el European Addiction Severity Index (EuropASI).

El perfil de bebida (*Comprehensive Drinking Profile*, CDP)⁵. Es una entrevista estructurada de dos horas de duración que consta de 88 preguntas agrupadas en: consumo de alcohol, problemas de la vida diaria, ambientes en los que bebe, tipo de bebidas preferidas, antecedentes médicos, otras conductas como el uso de drogas. Existe una versión abreviada para la evaluación del seguimiento y para pasarlo a familiares.

La *entrevista estructurada de valoración de adicciones para seleccionar el tratamiento* (ASIST)⁵, incluye patrones de uso de drogas y alcohol, problemas médicos y psicológicos, familiares, de empleo, psiquiátricos, resultados de tratamientos anteriores, y preferencias en el tratamiento.

El *alcoholismo esencial-reactivo* (ERA)⁶ tiene como modelo conceptual subyacente la teoría psicoanalítica. Incluye 69 preguntas, de las cuales 14 son abiertas, y evalúa ocho dimensiones tales como: dependencia económica, dependencia emocional, persistencia en las tareas, edad de inicio del consumo abusivo de alcohol, circunstancias precipitantes, relaciones con los amigos, rasgos caracterológicos, síntomas gastrointestinales, necesidad de gratificaciones orales, y necesidad de consumo de bebidas alcohólicas. Las puntuaciones bajas apuntan a un alcoholismo reactivo y las altas al esencial.

La *entrevista para sujetos alcohólicos* de Ellis⁷, recoge una serie de características importantes a la hora de establecer la terapia racional emotiva.

El *Cuestionario de diagnóstico de abuso de drogas en adolescente* (ADAD)⁸ fue diseñado para establecer el diagnóstico, planificar el tratamiento y para investigación. De forma similar al ASI cubre nueve áreas, cuya puntuación refleja la necesidad de tratamiento en cada una de ellas.

El *Perfil de autoevaluación del adolescente (ASAP)*⁹, es un cuestionario de 203 preguntas con varias respuestas posibles que cubre una serie de variables asociadas potencialmente con el abuso de sustancias en adolescentes. Contiene 20 escalas básicas que cubre los aspectos familiares, psicológicos, relaciones con los compañeros, problemas escolares, alteraciones de conducta y uso de drogas.

El *Inventario de experiencias personales (PEI)*¹⁰, desarrollado para adolescentes, incluye dimensiones como la gravedad de la dependencia, comienzo del uso de drogas y frecuencia de consumo de las mismas, factores de riesgo personal, factores de riesgo ambiental, acontecimientos traumáticos, conductas relacionadas con el engaño o la simulación.

En un estudio que se llevó a cabo en el servicio de urgencias de un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹¹, ubicado al sur de la ciudad de México. Se incluyó a las áreas de urgencias médicas y traumáticas. El trabajo de campo se realizó en dos periodos. En el primero, la muestra consistió en todos los pacientes de 18 a 65 años que ingresaron a urgencias por un problema médico o un accidente, durante el periodo del 1° de junio al 31 de julio del 2000. A estos pacientes, previo consentimiento informado, de acuerdo con a las consideraciones éticas de la investigación, se les aplicó un cuestionario en entrevista individual cara a cara y se les tomó una medición del alcohol en la sangre por medio del alcosensor (dispositivo que estima los niveles de alcohol en sangre, a través de una muestra de aliento). Por medio del cuestionario se obtuvo información sociodemográfica y se aplicaron una serie de escalas y preguntas para medir indicadores del consumo de alcohol.

En la segunda fase, fase de seguimiento, se seleccionó a todos los pacientes que identificamos como riesgosos en la primera entrevista. Estos fueron definidos como los sujetos que reportaron consumo de alcohol 6 horas antes del evento, o habían sido positivos al alcosensor³ (.010mg/ml) o que habían sido positivos a una escala que evalúa los problemas relacionados al consumo de alcohol, el *Rapid Alcohol Problems Screen* (Cherpitel, 2000). A los pacientes riesgosos se les pidió su autorización para re-contactarlos en una segunda entrevista.

A los tres meses de la entrevista inicial se volvió a entrevistar por teléfono a los pacientes riesgosos que aceptaron participar en esta fase de seguimiento. En esta segunda entrevista, se aplicó una versión más condensada del cuestionario basal, que enfatiza la temporalidad de los instrumentos a un mes.

Se llevó a cabo una comparación entre las variables sociodemográficas y las variables de consumo de alcohol (patrón de consumo, consumo 6 horas antes del ingreso y medición de alcohol en sangre, por medio de muestras de aliento, etc.) con la motivación de cambio de estos pacientes. El estadístico empleado fue la prueba exacta de Fisher, el cual es generalmente utilizado para encontrar diferencias estadísticamente significativas, en caso de contar con muestras independientes no paramétricas, con datos discretos, en un diseño de 2x2 (frecuentemente) y cuando la frecuencia mínima esperada es menor o igual a cinco (Siegel, 1985).

Los datos se recabaron a través de un cuestionario general que contiene información sociodemográfica y sobre consumo de alcohol. Este cuestionario basal se encuentra ampliamente validado en el país desde 1986 (López, 1998; López et al., 1991; Rosovsky, García, López, & Narváez, 1988) y en investigaciones más recientes se validaron nuevas escalas (Borges, Cherpitel, Medina-Mora, Mondragón, & Casanova, 1998). Para este trabajo, hacemos énfasis en la motivación al cambio en el consumo de alcohol y algunas variables que permiten comprender la distribución de esta motivación en los pacientes captados en el servicio de urgencias.

De acuerdo a los resultados en la escala de motivación al cambio¹¹, al ser entrevistados por primera vez, el 46.3% de los 41 pacientes riesgosos planteó que no piensa en el cambio, mientras que sólo el 22% está tomando una acción para cambiar su consumo de alcohol. Al analizar la motivación al cambio en los diferentes factores sociodemográficos sólo encontramos diferencias significativas en la motivación al cambio de acuerdo con el motivo de ingreso. Los pacientes que ingresan por problemas médicos mostraron mayor motivación al cambio (la mitad de estos pacientes está tomando una acción para cambiar su consumo (50.0%), en comparación a los pacientes que ingresaron por un accidente (7.4%). Aunque el 16.7% de los pacientes que atribuyeron el ingreso al servicio de urgencias a su consumo de alcohol están tomando una acción para el cambio.

El objetivo de este trabajo fue conocer la motivación al cambio en el consumo de alcohol de bebedores que ingresaron al servicio de urgencias. Los hallazgos sugieren que la mayoría de los pacientes bebedores no tienen motivación para cambiar su patrón de consumo de alcohol, ya que el 46.3% no piensa en hacerlo. Los resultados reportan que los bebedores renuentes a aceptar un cambio en su mayoría hombres, los de mediana edad (30-49 años), los que ingresaron a urgencias por un accidente, que no atribuyen su accidente/problema médico al alcohol sino a la situación como la causa del evento, son los bebedores que en consumo de alcohol fueron positivos al alcosensor, bebieron seis horas antes del accidente y se embriagaron, tienen un consumo infrecuente, es decir, beben de una vez al año a una vez al mes pero nunca cinco o más copas en una ocasión durante los últimos doce meses. Por otro lado, los bebedores que están tomando una acción para cambiar su consumo de alcohol son generalmente las mujeres, los jóvenes entre 18 y 29 años que ingresaron por un problema médico; en cuanto a la ingesta de alcohol, son los que presentaron un patrón de consumo alto, se embriagan más de una vez al mes y los bebedores con un diagnóstico de dependencia o abuso son los más favorables al cambio. En relación con la atribución causal, los bebedores que están haciendo un cambio en sí mismos son los que se sienten totalmente responsables del evento.

Por lo anterior, es necesario plantear nuevos estudios que incluyan los hallazgos que aquí se presentan y que se tomen en cuenta las limitaciones para seguir avanzando. El siguiente paso en la investigación es abrir más el campo de acción, y trabajar con otras poblaciones afectadas por los problemas del consumo de alcohol. Es importante tratar de ahondar más en el tema, ya que quizá hay otros factores que estén más relacionados a bloquear el cambio y que son importantes para tomar en cuenta en las estrategias de intervención en los servicios de salud, específicamente, en los servicios de urgencias.

En los últimos 15 años, se ha concentrado mucha de la investigación en formas de motivar mejor a los usuarios de sustancias para que consideren, inicien y continúen el tratamiento de abuso de sustancias, así como parar o reducir su uso excesivo de alcohol, cigarrillos y drogas, ya sea por su cuenta o con la ayuda de un programa formal.

También ha tenido un enfoque parecido el sostener un cambio y evitar una recurrencia de comportamiento problemático al recibir la alta de un programa. Esta investigación presenta un cambio paradigmático en el campo de la adicción en cuanto al entendimiento de la naturaleza de la motivación del cliente y del clínico al dar forma para promover y mantener un cambio positivo de comportamiento. Este cambio es paralelo a otros desarrollos recientes en el campo de la adicción, y las nuevas estrategias motivacionales incorporan o reflejan muchos de los mismos. Juntar un nuevo estilo terapéutico – entrevista motivacional- con un modelo transteórico de etapas de cambio, ofrece una perspectiva fresca acerca de qué estrategias clínicas podrían ser efectivas en varios puntos del proceso de recuperación. Las intervenciones motivacionales que surgen de esta construcción teórica son herramientas clínicas prometedoras que se pueden incorporar a todas las fases del tratamiento de abuso de sustancias, así como a muchos otros ambientes sociales y de servicios de salud¹¹.

La motivación al cambio

Al hablar de motivación en trastornos por uso de alcohol se hace alusión tanto a los motivos que dan los sujetos para consumir, como a la disposición de los individuos para dejar de beber o beber menos. Su evaluación puede resultar de utilidad en diferentes momentos del tratamiento bien para determinar la disposición al cambio que tiene el sujeto, o para realizar el balance de decisiones dentro del modelo de prevención de recaídas.

Una forma de valorar el grado de motivación para beber es a través de preguntas abiertas en las que se les solicita que expresen sus razones para beber y los motivos para dejarlo. Preguntas parecidas están incluidas en el *Perfil de bebida (CDP)* el *Inventario del uso del alcohol (AUD)*³, el *Inventario de situaciones de riesgo (IDS)*¹² o el *Cuestionario de razones para beber (RDQ)*¹³. Algunos cuestionarios miden aspectos más específicos de la motivación, entre ellos tenemos el *Cuestionario de expectativas para beber (AEQ)*¹⁴ que mide las expectativas de refuerzo positivo relacionadas con el consumo de alcohol, el *Cuestionario de efectos del alcohol (AEQ)*¹⁵ que determina los efectos positivos y negativos asociados al consumo y el *Cuestionario de creencias sobre el alcohol (ABQ)*¹⁶,

formado por 40 afirmaciones sobre el alcohol y que determina el grado de acuerdo o desacuerdo que el bebedor tiene con ellas. Existen algunas versiones adaptadas para adolescentes, como el *Cuestionario de expectativas para beber* (AEQ-A)¹⁷ y la *Escala de actitudes hacia el alcohol en adolescentes* (AAST)¹⁸.

En los últimos años se están aplicando nuevos instrumentos de evaluación de la motivación para el cambio en la conducta relacionada con la bebida, todos ellos basados en la teoría transteórica de los estadios del cambio de Prochaska y Di Clemente. El primero fue el cuestionario URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*)¹⁹ que consta de 32 ítems para cinco estadios (precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento, recaída). **El cuestionario SOCRATES (*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*)**²⁰ lo componen 40 preguntas, existiendo una versión abreviada de 20 ítems. Dentro de este grupo estaría el *Cuestionario de disposición al cambio* (RCQ)²¹, instrumento de medida del cambio en el que se describen tres estadios: precontemplación, contemplación y acción. Es un cuestionario rápido y fácil de realizar que consta de 12 ítems. Cuatro por cada uno de los estadios que identifica. Cada frase del cuestionario es una afirmación, y sobre ella el sujeto puede estar en total acuerdo o desacuerdo. Se han señalado dificultades en la versión española respecto al grado de comprensión para los pacientes de nuestro entorno, y por otra parte la forma de corrección resulta problemática, por lo que no parece que sea en su estado actual un buen instrumento de clasificación de los pacientes²².

En un estudio realizado por *DiClemente, Bellino y Neavins (1999)*, se examinó el concepto de la motivación, su influencia sobre un cambio conductual y el rol de la motivación en el tratamiento de alcohólicos. Encontraron que la motivación sí juega un rol importante en el tratamiento del alcoholismo, además de que influye para que el cambio en su consumo se mantenga en un plazo mayor de tiempo. *Rumpf, Hapke y John (1998)*, realizaron un estudio en un hospital general con bebedores dependientes al alcohol y utilizando el modelo de *DiClemente, Bellino y Neavins (1999)*, y *Prochaska, Norcross y DiClemente (1995)*, encontraron que los pacientes bebedores que ingresan se encuentran principalmente en la etapa de contemplación o acción, y que estos pacientes tienen mayor probabilidad de aceptar que tienen problemas con el alcohol.

De acuerdo con Room (2000), este último aspecto es uno de los factores más importantes para la motivación al cambio, debido a que la autorreflexión se produce después de llevar a cabo un proceso atributivo, en el cual el paciente explica las principales causas de un evento.

Otro indicador importante para la motivación al cambio es el escenario. Escenarios como los hospitales tienen un impacto en la motivación al cambio en bebedores, porque es un lugar que capta este tipo de pacientes, y es ideal para llevar a cabo cualquier tipo de prevención e intervención en los pacientes bebedores (*Rumpf, Hapke, & John, 1998*). Los servicios de urgencias son escenarios en donde se presentan pacientes con mayores porcentajes de ingesta de alcohol y problemas relacionados a su consumo, aunado a que son sujetos expuestos a un padecimiento físico o psicológico (*Cherpitel, 1993*). Algunos estudios sugieren que sufrir una lesión puede asociarse a un incremento hacia el cambio en consumo de alcohol, porque crea una única oportunidad para intervenir y motivar al paciente a cambiar o modificar su manera de beber (*Gentilello, Donovan, Dunn, & Rivara, 1995*). Sin embargo, son pocos los estudios al respecto y no hemos encontrado en México ningún trabajo que trate sobre la motivación al cambio en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias. El objetivo de este trabajo es conocer la motivación al cambio en el consumo de alcohol de bebedores que ingresaron al servicio de urgencias por un problema médico o un accidente.

MARCO TEÓRICO

Clasificación de los bebedores

Generalidades

Es fundamental conocer y tener en cuenta los límites entre los diferentes tipos de bebedores: el denominado “bebedor social” y “el bebedor problemático”. Aunque la mayoría de la gente joven que ingiere alcohol hasta el punto de tener estados de intoxicación, no va a desarrollar problemas y con el paso de los años disminuirá o suspenderá el consumo, el problema radica en los denominados bebedores habituales, es decir aquellos que continúan con un patrón de uso y consumo alto, que llevará a que se desarrolle la dependencia al alcohol. En el siglo XX el primero en hablar del trastorno por dependencia al alcohol fue E. M. Jellineck en 1952, quien propuso al alcoholismo como una enfermedad crónica y progresiva, compuesta por la secuencia que se enuncia en la Tabla 2, la cual pasaba fundamentalmente por un proceso progresivo (Alonso-Fernández, 1988):

- 1) La adaptación metabólica celular al alcohol.
- 2) El fenómeno de la tolerancia de los tejidos al mismo.
- 3) La falta de control, más referida a la imprevisibilidad del cuándo y con cuánto parar.
- 4) La aparición del síndrome de dependencia alcohólica.
- 5) La instauración de un estado de necesidad o carencia que da lugar a la presencia de síndrome de abstinencia.

Clínica de la Intoxicación crónica (Jellineck, 1952)

Primera: Fase prealcohólica. Inicio motivación social, alivio psicológico, facilitación social. Aparece habituación.

Segunda: Fase Prodrómica. El uso se vuelve necesario, y aparecen efectos repetitivos, bebe a escondidas, toma antes de ir a fiestas.

Tercera Fase crucial. Pierde el control sobre la bebida. Sabe cuando toma la primera copa pero no si va a parar.

Cuarta Fase crónica. Consumo prácticamente diario hasta la embriaguez. Aparece la tolerancia y la presencia del síndrome de abstinencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1976 hace hincapié en que debe progresivamente desplazarse la designación de alcoholismo a la de síndrome de dependencia al alcohol. Dando paso, posteriormente, a la actual clasificación internacional de enfermedades, en la que el concepto es mucho más amplio, y se definen varios pasos dentro de un proceso sincrónico en donde se desarrolla un estado de enfermedad a través del tiempo:

El término “**bebedor no problema**” (*non problem drinkers*)¹, hace referencia al uso de alcohol con regularidad, en contextos sociales.

El **Bebedor Problema** (*Problem Drinker*)¹ presenta consumo de alcohol con cantidades excesivas, de manera regular o irregular, pero con consecuencias desfavorables progresivas en los ámbitos familiar, académico o laboral, y legal. Por tanto, estos consumidores de alcohol presentan un uso inadecuado. Pueden representar hasta el 30% de la población total. Los bebedores problema son un grupo muy heterogéneo. Dando lugar a múltiples cuadros de abuso y dependencia de alcohol. Estos constituyen según Sobell y Sobell (1993) el grupo de individuos que van a desarrollar problemas con las bebidas y sus características son:

- 1) No tienen historia de sintomatología de abstinencia importante.
- 2) Su biografía demuestra una historia de bebedor que se remonta a unos cinco años.
- 3) Se manifiestan con cierta estabilidad sociofamiliar y económica.
- 4) Mantienen autoestima y no aceptan identificarse como alcohólicos.
- 5) Están poco motivados para asistir a un tratamiento; su evolución es crónica y progresiva.

El **Bebedor pesado**¹ incluye una diversidad de consumidores, los cuales poseen características propias en cuanto a la pérdida de control, caracterizada por el impulso a la embriaguez, la imposibilidad de mantenerse sobrio con un consumo diario/continuo,

problemas sociales. En estas personas ya se ha desarrollado la dependencia al alcohol que requiere tratamiento especializado.

Clasificaciones Internacionales

La patología psiquiátrica derivada del consumo de alcohol es extensa. Clásicamente se ha estudiado atendiendo a su forma de inicio y curso, y ésta es la orientación con la que se expondrá aquí. En la actualidad existen dos grandes clasificaciones internacionales el C.I.E. (Clasificación Internacional de las Enfermedades), la cual es propuesta por la Organización Mundial de la Salud, y se usa para reportar a nivel mundial las patologías asociadas al consumo de alcohol, con sus respectivos códigos (ver tabla 3).

La otra es la clasificación de la Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM –IV TR) en su cuarta versión revisada.

Las alteraciones más frecuentemente encontradas aquí son las que se mencionan en la Tabla 3.

Tabla 3

Trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el alcohol. Códigos CIE- 10 y DSM – IV (tabla realizada por el autor).

Trastornos por consumo de alcohol

F10.1 Consumo perjudicial (= abuso 305.00)

F10. 2x Síndrome dependencia (303.90)

Trastornos Inducidos por alcohol

F10.0 Intoxicación aguda (303.00)

F10.00 No complicada

F10.01 Con traumatismo y lesiones corporales.

F10.02 Con otras complicaciones de índole médica.

F10.03 Con Delirium (291.0)
F10.04 Con distorsión de Percepción.
F10.05 Con Coma.
F10.06 Con convulsiones.
F10.07 Intoxicación patológica.
F10.3 Síndrome de abstinencia. (291.8)
F10.4 Síndrome de abstinencia con Delirium.
F10.5 Trastorno sicótico.
F10.71 Trastorno de personalidad.
F10.72 Trastorno afectivo.
F10.73 Demencia persistente.
F10.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente.
F10.75 Trastorno sicótico.
F10.8 Otros trastornos mentales
* Trastorno del estado de ánimo.
* Trastorno de Ansiedad
* Trastorno Sexual.
* Trastorno del sueño.
F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

Intoxicación Aguda En general, la **intoxicación** aguda hace referencia al estado que se presenta después de la administración de una sustancia psicoactiva; en dicho estado se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo y del comportamiento. Las alteraciones se relacionan directamente con los efectos de la sustancia administrada y se resuelven con el tiempo y con recuperación completa¹.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos consignados en el manual de la clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10) para intoxicación aguda¹.

G1 Debe haber evidencia clara de consumo reciente de una o varias sustancias psicoactivas en dosis suficientemente elevadas como para causar una intoxicación.

G2 Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de una o varias sustancias y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición la percepción, el estado afectivo o el comportamiento, que sean clínicamente relevantes.

G3 Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otro trastorno mental o del comportamiento. Se deben además interrogar otros trastornos frecuentemente relacionados como consumo perjudicial, síndrome de dependencia, o trastorno psicótico.

Para la intoxicación alcohólica la misma clasificación de diagnóstico lista los siguientes criterios:

A. Deben cumplirse los criterios generales para intoxicación aguda.

B. Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes:

1. Desinhibición
2. Beligerancia verbal
3. Agresividad
4. Labilidad del humor
5. Deterioro de la atención
6. Juicio alterado
7. Interferencia en el funcionamiento personal

C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

1. Marcha inestable
2. Dificultad para mantenerse de pie
3. Habla disartria (farfullante)
4. Nistagmo.

5. Disminución del nivel de conciencia
6. Enrojecimiento facial
7. Inyección conjuntival

Consumo perjudicial, equiparable al abuso mencionado por el DSM IV, es una forma de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, pudiendo ser éste físico o mental. (ej. conductores que manejan en estado de ebriedad).

Criterios de la CIE 10:

- A.** Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o ha contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- B.** La naturaleza del daño debe ser claramente identificable.
- C.** La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes, o se ha presentado reiteradas veces en un periodo de doce meses.

Dependencia. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia y en el mismo periodo de tiempo. Tras el consumo reiterado de una sustancia se desarrolla un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos conocido como **dependencia** que incluye deseo intenso de consumir la sustancia, dificultades para controlar el consumo a pesar de consecuencias dañinas, prioridad dada al consumo sobre otras actividades, aumento de la tolerancia, y se puede presentar un cuadro de abstinencia, es decir, síntomas y signos relacionados con el cese del consumo de la sustancia.

Los criterios diagnósticos para abstinencia son los siguientes:

- A.** Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguiente manifestaciones durante al menos un mes o en repetidas ocasiones durante 12 meses.
 1. Un deseo intenso o de compulsión a consumir la sustancia
 2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
 3. Cuadro fisiológico de abstinencia con la reducción o cese del consumo de la sustancia.

4. Tolerancia a los efectos de la sustancia: aumentar significativamente la cantidad de la sustancias para lograr el efecto deseado, o disminución del efecto tras el consumo continuado de la sustancia.
5. Preocupación por el consumo de la sustancia, manifestada por la reducción del tiempo dedicado a otras actividades.
6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales.

El síndrome de **abstinencia**, mencionado antes, corresponde a un grupo de síntomas variables en clasificación y gravedad que se presentan con la disminución o el cese del consumo de una sustancia psicoactiva, después de un consumo persistente de la misma.

En particular para el alcohol se describe un síndrome en el que deben estar presentes además de los criterios generales los siguientes signos: temblor de la lengua, párpados o de las manos extendidas, sudoración, náusea, arcadas o vómitos, taquicardia o hipertensión, agitación, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas, convulsiones de gran mal¹.

Los instrumentos de detección

Debido a la gran diversidad de criterios y de formas de beber, se han desarrollado exámenes de tamizaje (*screening*), para poder determinar cuáles son bebedores en alto riesgo, a fin de hacer prevención e intervención precoz. El tamizaje se realiza con cuestionarios que se encuentran actualmente traducidos al español, los cuales pueden tener una gran utilidad en diversos contextos (laboral, estudiantil, etc.).

En general se cuenta con dos tipos de cuestionarios de detección: los que son útiles para la detección o identificación del consumo, y los que permiten establecer el diagnóstico, conocer la fase evolutiva y la gravedad del alcoholismo.

Métodos de detección del trastorno por dependencia al alcohol:

El **AUDIT**¹ (*Alcohol Use Disorder Identification Test* (Schmidt et al. OMS, 1992), es un cuestionario autoaplicable. Consta de diez ítems. Tiene como objeto la detección temprana del consumo del riesgo perjudicial. Esta construido con los criterios internacionales que actualmente se usa en el diagnóstico de dependencia al alcohol.

Sus características lo convierten en una herramienta de primer orden en atención primaria (Saunders y Aaslang, 1993). Con relación a los métodos evaluadores de la fase evolutiva y gravedad: Dentro de estos instrumentos extranjeros diseñados para este fin se puede destacar el cuestionario que mide la severidad de dependencia del alcohol desarrollado por El grupo de investigación en Trastorno por Dependencia al Alcohol de la Organización Mundial de la Salud.

DESCRIPCION

- El AUDIT consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo.
- Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes.
- Se trata de un instrumento autoaplicado.

CORRECCION E INTERPRETACION

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando la puntuación en los 10 ítems.
- En cada ítem, el valor de la respuesta oscila entre 0 – 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan solo de 0, 2 y 4). El Valor de la puntuación oscila pues entre 0 y 40.
- Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres que se proporciona en la siguiente tabla:

	HOMBRES	MUJERES
No tiene problemas relacionados con alcohol	0 -7	0 -5
Bebedor de alto riesgo	8 - 12	6 - 12
Problemas físico-químicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.	13 - 40	13 - 40

Saunders, J.B; & Aasland, O.G. (1993)¹.

CAGE: Se trata de un instrumento auto administrable (Swing y Rouse, 1970). Consta de cuatro ítems. Su denominación corresponde con las iniciales en ingles de los aspectos que evalúa: Reflexiones personales sobre posible abuso (*cut-down*), comentarios de terceros con relación a su hábito alcohólico (*annoyed*), existencia de sentimientos de culpabilidad (*guilty*) y necesidad de consumo matutino (*eyeopener*).

La respuesta afirmativa a una de las cuatro preguntas supone un riesgo de alcoholismo mientras que dos o más puntos es alcoholismo confirmado. Diversos Autores (véase Oswald, 1999) proponen la siguiente clasificación:

- 0-1, SIGNIFICA CONSUMO NO-PERJUDICIAL;
- 2, CONSUMO DE RIESGO;
- 3, CONSUMO EXCESIVO; Y,
- 4, DEPENDENCIA ALCOHÓLICA.

INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

-CIDI

I-SCAN

-DIS

Las *Entrevistas Clínicas Estructuradas* se caracterizan por tener preguntas y respuestas cerradas, lo que permite su utilización por personas no expertas pero entrenadas. Entre ellas están la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins *et al.*, 1981), la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins *et al.*, 1988) y su módulo de drogas, la *CIDI-SAM* (Cottler *et al.*, 1989).

Las *Entrevistas Clínicas Semi estructuradas* implican un juicio clínico y se requiere una formación en psicopatología, así como un entrenamiento específico para su manejo. Entre las que están: La *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID-R) (Spitzer *et al.*, 1988) y el *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (Wing *et al.*, 1990).

Dentro de este grupo podemos incluir una serie de instrumentos que no son estrictamente "diagnósticos" (aunque a menudo se confunden). Son escalas de evaluación que generalmente miden la *gravedad* de la "dependencia" según constructos más o menos próximos a los criterios nosológicos más aceptados. Siguen un modelo dimensional de evaluación (de menos a más *grave*) frente al modelo categorial que siguen los criterios diagnósticos ("caso" o "no caso" de dependencia). De todas formas esto es relativo, ya que algunas de estas escalas tienen una función de cribado (depende del análisis de validez realizado: concurrente o discriminante, respectivamente) y por otro lado, las secciones de drogas del S.C.A.N. proporcionan el denominado Índice de Definición (valoración de la *gravedad de la dependencia*). Hay un gran número de instrumentos que pertenecen a este grupo entre los que se encuentra el *Severity of Dependence Scale* (S.D.S.) (Gossop *et al.*, 1995) y el *Leeds Dependence Questionnaire* (L.D.Q.) (Raistrick *et al.*, 1994).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN EL ALCOHOLISMO²³

Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del alcoholismo es necesario determinar una serie de parámetros que reflejen el desarrollo del consumo particular de cada paciente. La historia clínica y diversas evaluaciones complementarias nos ayudan a entender la adquisición y el desarrollo de esta patología y además nos facilitan las bases para la indicación de un tratamiento individualizado.

La mayoría de estas medidas son subjetivas pero, a pesar de los riesgos de distorsión, engaño u olvido que conllevan, son las únicas disponibles en la clínica para obtener la información necesaria de este tipo de pacientes. Por ello, en aquellos casos en los que se considere necesario, resultará imprescindible contar con otras fuentes de información adicional para poder contrastarlos. Dentro de las evaluaciones complementarias, los instrumentos empleados habitualmente serían: cuestionarios de detección, cuestionarios de diagnóstico y cuestionarios de evaluación de dimensiones de los problemas relacionados con el alcohol. Los cuestionarios de detección permitirían la identificación de casos potenciales de alcoholismo y el que éstos pudieran pasar a una evaluación más exhaustiva, representan la tarea más importante en Atención primaria y permiten la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo. Destacan como más útiles, gracias a su validez, brevedad y sencillez, el CAGE, el CBA (*Cuestionario Breve para Alcohólicos*) y el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). No debemos confundir con los instrumentos de detección aquellos otros con función de diagnóstico, como son la *Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID)* y el *Cuestionario para la Evaluación Clínica en neuropsiquiatría (SCAN)*. Éstos están compuestos por entrevistas estructuradas adaptadas para los criterios de las diferentes taxonomías (DSM y CIE). Por otra parte los cuestionarios de evaluación aportarían aspectos cualitativos y cuantitativos básicos para la planificación de tratamiento.

Evaluaciones tipológicas

Las tipologías constituyeron un primer intento de clasificación de los sujetos alcohólicos con la intención de establecer grupos homogéneos y determinar un tratamiento adecuado para cada una de las tipologías.

A pesar de estar basados en variables concretas, no han alcanzado repercusión terapéutica, por lo que rara vez se utilizan las evaluaciones tipológicas salvo para investigación clínica. La tipología más utilizada tradicionalmente ha sido la de Jellinek que clasificaba a los alcohólicos en cinco tipos de alcoholismo según la forma de beber, las complicaciones y la intervención de factores psicológicos y ambientales en su etiología.

Posiblemente la única repercusión terapéutica de esta tipología sea que en los alcohólicos tipo gamma, caracterizados por un predominio de la pérdida de control, se han utilizado con éxito los programas de control de la bebida. Otras tipologías como las basadas en el género o en la presencia de historia familiar de alcoholismo, suelen ser fáciles de recoger en la historia clínica, aunque también tienen escasa repercusión en el tratamiento²⁷.

En los últimos años han surgido diferentes tipologías basadas en los modelos 1/2 o A/B. Estas tipologías, en el fondo, tienden a clasificar a los dependientes del alcohol en función de la edad de inicio de los problemas. Los de inicio más temprano suelen tener características psicopáticas y peor pronóstico. No obstante sus hallazgos no han sido confirmados en diferentes países. De forma que no queda claro si las tipologías representan diferentes formas de la dependencia o la expresión de un mismo proceso (la dependencia) en diferentes sujetos o el solapamiento con otras patologías como los problemas de personalidad)²⁴.

Evaluaciones sobre aspectos cognitivos y conductuales relacionados con el consumo de alcohol

El modelo cognitivo conductual de las recaídas señala la importancia del análisis funcional de la conducta para su comprensión. Se requiere registrar información sobre el patrón de consumo, los antecedentes y las consecuencias que refuerzan la conducta, para desde ahí, intentar modificarla. Establece además una serie de factores de los que puede depender la probabilidad de una recaída.

Entre ellos destacan las situaciones de riesgo, las habilidades de afrontamiento, las expectativas de auto eficacia y el efecto de trasgresión de la abstinencia, entendido como el conjunto de respuestas afectivas y cognitivas aparecidas después de un consumo que rompe la abstinencia.

A la hora de establecer un tratamiento serían determinantes los resultados obtenidos mediante la evaluación de estos aspectos.

El objetivo fundamental de la evaluación cognitiva o conductual está orientado a la consecuencia de un cambio en la conducta problemática de consumo y en el estilo de vida del paciente, ya que en la práctica clínica se observan claramente relacionados ambos aspectos con el consumo. Así podemos ver que la conducta adictiva no se produce de manera aislada, sino asociada a otros comportamientos que conforman el estilo de vida de la persona. También es importante señalar que el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva están fuertemente influidos por la interacción entre el entorno y las características individuales del sujeto, tanto biológicas como su historia de aprendizaje, y que por lo tanto en la evaluación debemos explorar todas las áreas de la vida del paciente, además de las variables físicas y psicológicas relacionadas directamente con el consumo.

Auto informes de situaciones relacionadas con el consumo: Intentan identificar situaciones asociadas al consumo o a las recaídas, y destacaríamos entre ellos:

*Inventario de situaciones de bebida (IDS)*²⁵. Compuesto por 100 preguntas que abarcan las situaciones en las que se ha bebido en exceso durante el año previo y que las distribuye entre situaciones personales e interpersonales.

*Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI)*²⁶. Consta de 25 ítems que identifican las posibles situaciones de recaídas y a las que agrupa en tres factores: estados emocionales desagradables, acontecimientos externos y una disminución de la vigilancia respecto a las recaídas.

*Cuestionario de patrones de bebida*²⁶. Recoge los diez tipos de situaciones que pueden aparecer como antecedentes relacionados con los problemas con la bebida: circunstancias ambientales, empleo, aspectos económicos, aspectos fisiológicos, relaciones interpersonales, relaciones de pareja, familia, hijos, aspectos emocionales, y situaciones estresantes vitales.

Auto informes de variables cognitivas en relación al consumo: Entre los cuestionarios que miden las variables cognitivas están aquellos que evalúan las expectativas del individuo hacia el alcohol, como por ejemplo el *Cuestionario de expectativas sobre el alcohol* (Alcohol Expectancy Questionnaire)¹⁴; el *Cuestionario de Información sobre el alcohol*²⁸;

la *Escala de efectos del alcohol* (Alcohol Effects Scale) ²⁹; el *Cuestionario sobre los efectos del alcohol*³³ y el *Cuestionario de actitudes hacia el alcohol*²⁸. También disponemos de otros instrumentos para la evaluación de las diferentes estrategias que el sujeto pone en marcha en relación al consumo y de la eficacia y efectividad de ellas, así podemos ver:

El *Inventario de habilidades de afrontamiento* (CBI) ³¹. Consiste en un listado de 36 preguntas que incluye distintas estrategias de afrontamiento ante situaciones de consumo: evitación, búsqueda de ayuda, pensamientos negativos y positivos.

El *inventario sobre la efectividad de las conductas de afrontamiento* (ECBI) ³². No sólo permite detectar las estrategias antes señaladas sino su efectividad en lograrlo.

El *Cuestionario de seguridad ante las situaciones* (Situational Confidence Questionnaire, SCQ) ³³. Evalúa el concepto de auto eficacia, referido a la percepción del paciente sobre su capacidad para enfrentarse eficazmente al alcohol, para ello se le pide al paciente que imagine en cada una de las 100 situaciones que aparecen en el cuestionario y si sería capaz o no de resistirse al consumo.

El *Cuestionario de valoración cognitiva* (Cognitive Appraisal Questionnaire) ³². Está estructurada para determinar si la eficacia en el afrontamiento a situaciones de bebida se debe a fuertes expectativas de auto eficacia o a los pensamientos que experimenta el paciente ante dichas situaciones.

Evaluación del deseo por la bebida y pérdida de control

La diversidad de estímulos y mecanismos que pueden inducir deseo (*craving*) se corresponden con experiencias altamente variables en diferentes personas, debido a ello su medición es muy complicada³³.

En la práctica clínica es aconsejable el uso tanto de medidas del deseo actual en el momento de la evaluación, como del deseo global y principalmente el referido a un tiempo pasado.

Esta información tiene varios beneficios, entre ellos el proporcionar datos acerca del nivel de dependencia global del paciente o de su capacidad para reconocer y controlar estados internos relacionados con el consumo, lo que resulta de utilidad para recomendar tratamientos alternativos apropiados. Proporcionan información con la que predecir el consumo durante el tratamiento, con lo que es posible decidir la intensidad y duración del mismo³⁴ y ayudar a los pacientes a una mayor comprensión de la gravedad de su adicción³³.

Los cuestionarios para la valoración de este fenómeno se pueden clasificar en escalas unidimensionales, frecuentemente de un ítem (escala analógica visual); cuestionarios multidimensionales, y cuestionarios de sintomatología teóricamente relacionada con el deseo. Las escalas analógicas, de un solo ítem, han ido cayendo en desuso debido a la poca precisión que han demostrado a medida que se desarrolla lo multidimensional del fenómeno. Esto ha provocado el desarrollo de escalas multi-ítem³³ que valoren los diversos componentes implicados. Como los diferentes cuestionarios pueden considerar de forma distinta los componentes implicados a la hora de seleccionar un cuestionario es importante considerar el aspecto que se desea valorar (deseo de experimentar efectos positivos, deseo de evitar emociones negativas o síntomas de abstinencia, deseo e intención de consumir, pérdida de control sobre el consumo, preocupación con pensamientos sobre el consumo).

Hay que tener en cuenta que ciertos aspectos a valorar pueden caracterizar mejor la experiencia de unas personas que de otras, o que la experiencia de una persona puede cambiar en función de las circunstancias. También debe tenerse en cuenta el período valorado, actual o global, y que se elegirá en función de los objetivos del clínico o investigador.

Cuestionarios de un solo ítem:

Estos instrumentos incluyen preguntas del tipo: ¿cómo es de fuerte tu deseo por el alcohol?, ¿cuánto has deseado una bebida alcohólica cuando llevabas sin beber dos o más días?, a las que el paciente responde dentro de una escala entre 0 y 7 o 0 y 10 puntos (escala numérica) o con una marca sobre una línea entre dos puntos (escala visual)³⁴.

Cuestionarios multidimensionales:

La mayoría derivan del *Tiffany Questionnaire on Smoking Urges* (QSU) de Tiffany y Drobes, elaborado para medir el deseo de fumar y que mide cuatro dimensiones: deseo de fumar, intención de fumar, anticipación de consecuencias positivas y anticipación de alivio de emociones negativas o abstinencia³⁵. Entre los principales tenemos:

1. *Alcohol Craving Questionnaire*³⁶. Está destinado a determinar los factores incluidos en el deseo por la bebida (emotividad, capacidad de ser resuelto, compulsividad, expectativas), de forma que la pregunta relacionada con el «ansia» o deseo está incluida en la emotividad.

2. *Alcohol Craving Questionnaire-Now* (ACQ-Now)³⁶.

3. *Alcohol Urge Questionnaire* (AUQ)³⁷.

4. *Penn Alcohol Craving Scale* (PACS)³⁸. Es un cuestionario de 5 ítems, valorados de 0 a 6, que incluye preguntas sobre la frecuencia, intensidad, y duración del deseo, la habilidad para resistir una copa y el grado de deseo global en la última semana.

5. *Desire for Alcohol Questionnaire* (DAQ)³⁹.

Cuestionarios de sintomatología:

Incluyen preguntas relacionadas con la sintomatología supuestamente asociada a la aparición del deseo subjetivo³⁵. Entre ellos podemos destacar:

1. *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Heavy Drinking* (Y-BOCS-hd)⁴⁰.

2. *Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS)⁴¹. Antón analiza el fundamento de utilizar la Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) para medir los pensamientos obsesivos de consumo, y basándose en esta escala desarrolla un cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivos de la bebida. Consta de 14 preguntas agrupadas en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y al consumo (componente

compulsivo). Sin embargo el análisis factorial del instrumento no refleja esos dos factores en población española²⁷.

Como señalamos anteriormente, debido a la multidimensionalidad del deseo, cada instrumento puede ser más apropiado para medir aspectos diferentes, así el AUQ mide mejor niveles muy recientes, mientras que el OCDS mide el deseo experimentado a lo largo de una semana. Flannery compara tres cuestionarios (PACS, OCDS y AUQ) para determinar su utilidad y predecir el consumo durante el tratamiento. Comprueba que los tres proporcionan información útil para la predicción, aunque el PACS y el OCDS son mejores predictores con relación al resultado de tratamiento. También sugiere que el recuerdo retrospectivo del deseo puede ser más útil que las medidas de auto informe de deseo actual. Por otra parte considera el AUQ más adecuado para la auto administración en situaciones experimentales y para estudios de reactividad a estímulos⁴².

Si bien las preguntas relacionadas con la pérdida de control suelen estar recogidas en diferentes instrumentos destinados a evaluar la dependencia, como el caso del *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ-C)⁴³ y la *Escala de Intensidad de la dependencia del alcohol*⁴⁴, en los últimos años han aparecido instrumentos específicamente diseñados para evaluar la pérdida de control (*priming*).

El *Impaired Control Scale* (ICS) desarrollado por Heather et al⁴⁵ evalúa los intentos por controlar el consumo, las dificultades para el control y la percepción subjetiva del control.

La «pérdida de control» en el apartado de intentos por controlar (intención de beber más lentamente) y en el apartado de la dificultad de controlar (dificultad para parar el consumo una vez que se había iniciado).

Evaluación de la Dependencia

La dependencia alcohólica puede ser evaluada con tres diferentes tipos de instrumentos, éstos se pueden diferenciar según estén centrados en la dependencia y sus consecuencias, aquellos que estén basados en el concepto del síndrome de dependencia propuesto por Edwards; y los dirigidos a medir la gravedad del síndrome de abstinencia por el alcohol.

Respecto al primer grupo disponemos, entre otros, de la *Escala de dependencia del alcohol* (ADS)⁴⁶ es un instrumento autoaplicado de 25 preguntas que suelen contestarse en unos 10 minutos. Las preguntas se refieren a los problemas que han existido en los últimos doce meses. Es muy utilizada en Estados Unidos. De características parecidas es el denominado *Datos sobre dependencia alcohólica* (ADD)⁴⁷, compuesto de 39 ítems que recogen desde síntomas de abstinencia hasta otros problemas por el consumo. De esta escala existe una versión breve (SADD) con 15 ítems.

En el segundo grupo tendríamos el *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ)⁴⁸, está formado por 33 ítems repartidos en cinco subescalas que se corresponden con cinco dimensiones del síndrome de dependencia alcohólica: *a)* síntomas físicos y *b)* psicológicos relacionados con la abstinencia, *c)* las conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, *d)* datos sobre consumo y *e)* la rapidez con que se reinstauran los síntomas tras la recaída. También existe una versión española de este instrumento⁴⁹. Posteriormente han aparecido dos versiones del SADQ, una de 20 ítems y otra de 24, de las cuales la primera no aporta ninguna novedad respecto del SADQ original de 33 ítems, y la segunda se diseñó para ser utilizada en atención primaria y además incluye una subescala de control.

Tomando como base el SADQ de 24 ítems se ha desarrollado el EIDA (*Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica*) que consta de 30 preguntas repartidas en las siguientes seis subescalas:

a) síntomas físicos, *b)* psicológicos, *c)* conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, *d)* consumo de alcohol, *e)* dificultades para el control, y *f)* reaparición de los síntomas con la recaída⁵⁴. Todas las versiones son autoaplicables y duran de 2 a 5 minutos.

En lo referente a la valoración del síndrome de abstinencia, el instrumento más utilizado en nuestro país es la *Escala del síndrome de abstinencia* de Soler et al⁵¹ constituida por 12 ítems, puntuados de 0 a 3, que el clínico complementa tras la observación del paciente. Existe una versión que difiere de la original en la sustitución de la CPK por la GGT.

La *escala de valoración de la abstinencia al alcohol del Instituto Clínico (CIWA-A)* está muy extendida en el ámbito anglosajón y consta de 15 ítems que pueden ser evaluados por el médico o por personal de enfermería.

Evaluación de los problemas asociados al uso de alcohol

En la dependencia alcohólica también es importante la valoración de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y que se mantienen incluso después de haber dejado de beber. Establecer este tipo de problemas es importante porque el clínico debe abarcar en su evaluación dimensiones más amplias que las de la detección y el diagnóstico. Existen otros problemas distintos de la cantidad ingerida y de la dependencia que han de ser considerados separadamente y que nos servirán para orientar el tipo de intervenciones específicas que las resuelvan.

Entre los instrumentos más conocidos en este campo están el *Índice de Problemas por el alcohol de Rutgers (RAPI)*⁵² y el *Índice de Problemas por la bebida (DPI)*⁵³. El primero es una escala de 23 preguntas, que aunque en principio se diseñó para adolescentes también puede utilizarse en adultos. El segundo se diseñó para bebedores adultos y constaba de 17 preguntas. Posteriormente se desarrolló otro de 27 preguntas para adolescentes⁵⁴.

Similar a los anteriores sería el *Inventario de Consecuencias por la bebida (DrInC)*⁵⁵, que está compuesto por cinco escalas, y cada una de ellas tiene entre 7 y 12 preguntas que abarcan las repercusiones físicas, sociales, intrapersonales, de control de impulsos e interpersonales.

Los 50 problemas recogidos en dicho instrumento pueden haber ocurrido en cualquier momento de la vida o durante los tres últimos meses. Finalmente, otro cuestionario que está validado en nuestro país por Monras et al⁵⁶ es el *Cuestionario de Problemas por el alcohol (APQ)*⁵⁷, lo componen 44 preguntas que abarcan los problemas ocurridos en los últimos 6 meses.

Está dividido en cuatro apartados, uno de ellos general y los otros tres se complementan según las características sociodemográficas del sujeto, como el estar casado, tener hijos o disponer de trabajo. Las 23 preguntas del apartado general incluyen problemas con los amigos, económicos, legales, físicos y afectivos.

Reconocimiento de una Continuidad de los Problemas por Abuso de Sustancias

Antes, el mal uso de sustancias, particularmente la *enfermedad* del alcoholismo, se veía como una condición progresiva que, si no se trataba inevitablemente conduciría a una dependencia total, y, posiblemente, a una muerte temprana.

Actualmente, los clínicos reconocen que los trastornos por abuso de sustancias existen junto a una continuidad desde uso riesgoso o problemático mediante varias clases de abuso, hasta la dependencia que cumple con los criterios de diagnóstico en el “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales) 4ta edición (DSM -IV) (Asociación Americana de Psiquiatría – APA por sus siglas en inglés *American Psychiatric Association*, 1994). Es más, el progreso hacia la severidad en aumento no es automático. Muchos individuos nunca progresan más allá del consumo riesgoso, y otros van hacia adelante y hacia atrás entre períodos de abstinencia, uso excesivo y dependencia. La recuperación de la dependencia en el uso de sustancias, se ve como un proceso multidimensional diferente entre las personas y que cambia con el tiempo inclusive para una misma persona (IOM, 1990, 1990).

Las estrategias motivacionales se pueden aplicar efectivamente a las personas en cualquier etapa de uso de sustancias hasta la dependencia. La variable clave, como se verá más adelante, no es la severidad del patrón de uso de sustancias, sino la preparación del paciente para el cambio.

Descripción de los trastornos por uso de sustancias en los adolescentes

La aproximación a la intervención en Adolescentes parte de la base de reconocer que el ser humano transita por diversas etapas de un ciclo vital, claramente definidas, en las que se desarrollan diversos aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Por lo tanto dentro de este proceso los adolescentes tienen necesidades y demandas específicas en diversos ámbitos.

La Organización Panamericana de la Salud plantea un marco para el cuidado de la salud en este grupo de la población que considera fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural (Marco Conceptual de Salud y desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes. OPS, 2001).

De acuerdo a lo señalado el consumo de alcohol y otras drogas tienen una significación y características específicas en la adolescencia diferentes al consumo en la etapa adulta.

Algunas de estas características específicas del adolescente son las siguientes:

a) El patrón de uso y dependencia a sustancias es distinto entre adolescentes y adultos.

La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias⁶³. Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos. El uso de sustancias en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente los padres) y sus pares⁶⁴.

Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia^{64,65}.

Más aún, el síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes entre adolescentes y adultos. Estudios que investigan el abuso y la dependencia a alcohol en grandes muestras de población general adolescente^{66,67} han evidenciado que:

- El síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etario⁶³.

- La tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia.
- Los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en los adultos dependientes a alcohol.
- El abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes.

Este perfil de la dependencia en adolescentes podría llevar a una débil consideración de la gravedad del problema, tanto por parte de los adolescentes, como también por su familia y el sistema de salud.

b) Problemas derivados del consumo.

Puede existir un compromiso del estado general de salud, los adolescentes abusadores y dependientes presentan menor acumulación de problemas médicos que los adultos portadores del mismo diagnóstico^{65,68}. Este hecho, al igual que la ausencia de otros problemas graves fácilmente identificables y que son típicos de los adultos dependientes (cesantía, separación conyugal, pérdidas económicas, etc.) podría incidir en una menor motivación al cambio por parte de los jóvenes.

En otras palabras, por estar en los comienzos del proceso adictivo, los adolescentes tienden a ver más las ventajas que las desventajas del consumo⁶⁹.

No obstante lo anterior, el consumo perjudicial o la dependencia en adolescentes pueden afectar el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona⁶⁹.

c) Desarrollo biológico del Adolescente.

Uno de los aspectos críticos en el desarrollo de los adolescentes es el del cerebro, que en esta etapa atraviesa por un profundo proceso de maduración en la cual pueden verse afectadas funciones que dependen en gran medida del lóbulo frontal, tales como el control de impulsos y el manejo de los estados motivacionales⁷¹.

Existen algunas variables importantes que deben incorporarse al análisis cuando se definen estrategias de intervención tales como^{70,73,65}:

1. Género: tanto respecto de “igualdad de género”, o sea aspectos relacionales y el concepto de género como estructura de poder, como a la “especificidad de género”, que se refiere a riesgos de salud específicos, desarrollos emocionales, cognitivos y sociales diferentes, etc. y estrategias o técnicas terapéuticas de mayor o menor eficacia en hombre o mujeres.
2. Vulnerabilidad social: ligado especialmente a la vida de y en la calle, la vulneración de derechos y al nivel de inserción en redes (sanitarias, sociales, escolares, etc.) del adolescente y su familia.
3. Etnia: esta variable influye en las modalidades de consumo, en las fuentes de legitimación de ese consumo y en la necesidad de adecuar las intervenciones a esas condiciones para alcanzar resultados.
4. Etapas de la adolescencia, se debe considerar que la adolescencia es un proceso continuo que considera las siguientes etapas: Temprana (10 – 13 años), Media (14 – 16 años) o Tardía (17 – 19 años). Cada una de estas etapas establece una 10 diferencia en el desarrollo de la persona y el sentido que motiva el consumo, por lo tanto, el tratamiento debe considerar estas condiciones específicas.
5. Conflicto con la justicia: existen adolescentes que se encuentran en sistemas de protección, otros que han sido aprehendidos y no imputados o imputados que requieren intervenciones específicas dadas sus características particulares.

Motivación y Cambio

¿Por qué cambian las personas? ¿Qué es la motivación? ¿De cambiar la motivación de los individuos podría modificarse su comportamiento de uso de sustancias? ¿Desempeñan los clínicos un papel en el aumento de la motivación de los pacientes usuarios de sustancias para lograr su recuperación?

En el tratamiento de abuso de sustancias, la motivación del paciente para cambiar ha sido con frecuencia el enfoque de interés clínico y de frustración.

La motivación ha sido descrita como un prerrequisito para el tratamiento, sin la cual el clínico puede hacer poco (Beckman, 1980). Del mismo modo, la falta de motivación se ha usado para explicar el fracaso de los individuos para empezar, continuar, cumplir con, y tener éxito en el tratamiento (Appelbaum, 1972; Miller, 1985). Hasta hace poco, la motivación se consideraba como un rasgo o disposición estática que un cliente o bien tenía o carecía. Si un paciente no estaba motivado para el cambio, esto se veía como una falla del paciente. De hecho, la motivación para el tratamiento denotaba un acuerdo con el clínico o con las características particulares de recuperación del programa. Un paciente que parecía ser condescendiente con la consejería clínica o aceptaba la etiqueta de “alcohólico” o drogadicto, se consideraba motivado, mientras que al que resistía un diagnóstico o se negaba a comprometerse con el tratamiento propuesto, se catalogaba de desmotivado.

Una Nueva Definición

- La motivación es una clave para el cambio.
- La motivación es multidimensional.
- La motivación es dinámica y fluctuante.
- La motivación es influenciada por las interacciones sociales.
- La motivación se puede modificar.
- La motivación es influenciada por el estilo del clínico.
- La tarea del clínico es hacer surgir y aumentar la motivación.

La motivación es una clave para el cambio

El estudio de la motivación inevitablemente está vinculado con un entendimiento del cambio personal; un concepto que ha estado bajo el escrutinio de los psicólogos y teóricos modernos y que es el foco de atención del tratamiento de abuso de sustancias. La naturaleza del cambio y sus causas, como la motivación, es una interpretación con definiciones que evolucionan.

La estructura para vincular el cambio individual con una nueva visión de la motivación, surge de lo que se ha llamado una teoría fenomenológica de psicología, expresada con mayor familiaridad en los escritos de Carl Rogers.

Dentro de este punto de vista humanístico, la experiencia de un individuo del centro de sí mismo, es el elemento más importante para el cambio personal y el crecimiento; un proceso de auto-*realización* que impulsa el comportamiento dirigido a las metas para aumentar esa misma individualidad (Davidson, 1994).

En este contexto, la motivación se define como con propósito, intencional y positiva; dirigida hacia los mejores intereses de uno mismo. Todavía más, la motivación es la probabilidad de que una persona entrará, continuará y se comprometerá con una estrategia específica de cambio (Miller y Rollnick, 1991).

La motivación es multidimensional

La motivación, dentro de este nuevo significado, tiene una serie de componentes complejos. Abarca todas las urgencias y deseos internos que sienten los pacientes, las presiones externas y las metas que influyen los pacientes, las percepciones sobre los riesgos y los beneficios de comportamientos para consigo mismos y las apreciaciones cognoscitivas de la situación.

La motivación es dinámica y fluctuante

La experiencia e investigación sugieren que la motivación es un estado dinámico que puede fluctuar con el tiempo y en relación con distintas situaciones, en lugar de ser un atributo personal estático. La motivación puede vacilar entre objetivos conflictivos. La motivación también varía en intensidad, vacilando entre las respuestas a las dudas y aumentando mientras éstas se resuelven y se ven las metas con mayor claridad.

En este sentido, la motivación puede ser un estado ambivalente, equívoco o una preparación resuelta para actuar, o no actuar.

La motivación es influenciada por las interacciones sociales

La motivación pertenece a una persona, pero aún se puede entender como el resultado de las interacciones entre el individuo y otras personas o factores ambientales (Miller, 1995).

A pesar de que los factores internos son la base para el cambio, los factores externos son las condiciones del cambio. La motivación del individuo para el cambio puede estar influenciada fuertemente por la familia, amigos, emociones y apoyo comunitario.

La falta de apoyo comunitario, como las barreras para el cuidado de salud, empleo y percepción pública del abuso de sustancias, también pueden afectar la motivación de un individuo.

La motivación se puede modificar

La motivación penetra en todas las actividades, operando en distintos contextos y en todo momento.

En consecuencia, la motivación es posible y se puede modificar y aumentar en muchos de los puntos del proceso de cambio. Los pacientes pueden que no tengan que “tocar fondo” o experimentar consecuencias terribles o irreparables por sus comportamientos para volverse conscientes de su necesidad de cambiar. A pesar de que existen diferencias considerables en cuanto a qué factores influyen la motivación de las personas, distintas clases de experiencias pueden tener efectos dramáticos, ya sea aumentando o disminuyendo la motivación. Los siguientes ejemplos, con frecuencia impulsan a la gente a comenzar a considerar hacer cambios y qué pasos son necesarios:

-Los niveles de angustia pueden jugar un papel en el aumento de la motivación para cambiar o buscar una estrategia de cambio (Leventhal, 1971; Rogers et al., 1978). Por ejemplo, a muchos individuos les impulsa cambiar o buscar ayuda durante o después de episodios de mucha ansiedad o depresión.

-Los sucesos críticos en la vida a menudo estimulan la motivación para cambiar. Los acontecimientos importantes que impulsan cambios van desde la inspiración espiritual o la conversión religiosa hasta accidentes traumáticos, enfermedades serias o la muerte de seres queridos, ser despedidos, quedar embarazada, o casarse. (Sobell et al., 1993b; Tucker et al., 1994).

-La evaluación cognoscitiva o valoración, con la cual un individuo evalúa el impacto de las sustancias en su vida, puede llevar al cambio.

Este balance de las ventajas y desventajas del uso de sustancias, es responsable del 30 al 60% de los cambios que se registran en estudios de recuperación natural²³.

-El reconocimiento de las consecuencias negativa y el mal o daño que uno pueda estar haciéndole a otros o a uno mismo, ayuda a algunas personas a motivarse a cambiar (Varney et al., 1995). Ayudar a los pacientes a ver la conexión entre el uso de sustancias y las consecuencias adversas para ellos mismos o los demás, es una estrategia motivacional importante.

-Los incentivos externos positivos y negativos también pueden influir en la motivación. Los amigos que apoyan y sienten empatía, las recompensas o la coerción de muchas clases, pueden estimular la motivación para el cambio.

La motivación es influenciada por el estilo del clínico

La forma en que el clínico interactúa con los pacientes tiene un impacto crucial en cómo responden al tratamiento y de si éste resulta exitoso. Los investigadores han encontrado diferencias dramáticas en las tasas de abandono o cumplimiento entre consejeros de un mismo programa que aparentemente están usando las mismas técnicas (Luborsky et al., 1985). El estilo del consejero puede ser una de las variables, a menudo la más importante, y con más frecuencia la más ignorada, para predecir la respuesta del paciente a una intervención, explicando más la variación que las características del mismo (Miller y Baca, 1983; Miller et al., 1993). En una publicación de literatura sobre las características del consejero relacionadas con la efectividad del tratamiento para usuarios de sustancias, los investigadores encontraron que establecer una alianza de ayuda y buenas destrezas interpersonales, era más importante que el adiestramiento personal o la experiencia (Najavatis y Weiss, 1994). Los atributos más deseables en un consejero concuerdan con los recomendados en la literatura psicológica general e incluyen la calidez no-posesiva, amigabilidad, genuinidad, respeto, afirmación y empatía.

Una comparación directa de estilos de consejeros sugirió que un acercamiento confrontativo y directivo, podía suscitar una resistencia aún más inmediata por parte del paciente y, en consecuencia, resultados más pobres que con un estilo centrado en el paciente, de apoyo y empático que usa escuchar con atención y la persuasión amable (Miller et al., 1993).

La tarea del clínico es hacer surgir y aumentar la motivación

A pesar de que el cambio es la responsabilidad del individuo, y de que mucha gente cambia su comportamiento de uso excesivo de sustancias por su cuenta sin intervención terapéutica²³, se puede aumentar la motivación del paciente por un cambio beneficioso en cada una de las etapas del proceso de cambio. Sin embargo, su tarea no es la de simplemente enseñar, impartir instrucciones o dar consejo. Sino que más bien, el clínico ayuda y estimula a los pacientes a reconocer un comportamiento problemático (por ej., al estimular el disonancia cognoscitivo), para considerar un cambio positivo como lo que más le conviene, sentirse competente para cambiar, desarrollar un plan de cambio, comenzar a actuar, y continuar usando estrategias que hagan desistir de un regreso al comportamiento problemático (Miller y Rollnick, 1991). Ser sensible a las influencias como, por ejemplo, el trasfondo cultural del cliente; el conocimiento o desconocimiento del mismo pueden influenciar en la motivación del individuo.

¿Por qué Aumentar la Motivación?

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación, están asociados con una mayor participación en el tratamiento y resultados positivos en éste.

Estos resultados incluyen disminuciones en el consumo, tasas de abstinencia mayores, ajuste social, y referidos exitosos en el tratamiento (Landry, 1996; Miller et al., 1995). Una actitud positiva hacia el cambio y un compromiso con el cambio, también están asociados con los resultados positivos del tratamiento (Miller y Tonigan, 1996; Prochaska y DiClemente, 1992).

Los beneficios de emplear técnicas para aumentar la motivación incluyen:

- Inspirar la motivación para el cambio
- Preparar a los pacientes para entrar al tratamiento
- Comprometer y retener los pacientes en el tratamiento
- Aumentar la participación y el involucramiento
- Mejorar los resultados del tratamiento
- Estimular un regreso rápido al tratamiento en el caso de síntomas de recaída.

Un Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio

La motivación y el cambio personal están vinculados ineludiblemente. Aparte de desarrollar un nuevo entendimiento de la motivación, una cantidad considerable de la investigación en adicción se ha concentrado en los determinantes y en los mecanismos del cambio personal. Al entender mejor la forma en que la gente cambia sin ayuda profesional, los investigadores y clínicos se han vuelto más capaces de desarrollar y aplicar intervenciones para facilitar cambios en los comportamientos inadaptados e insanos.

Cambio Natural

El cambio en el pensamiento acerca de la motivación, incluye la noción de que el cambio es más un proceso que un resultado (Sobell et al., 1993; Tucker et al., 1994). El cambio ocurre en el ambiente natural, entre todas las personas, en relación con muchos comportamientos y sin intervención profesional.

Esto es también cierto de los cambios de comportamiento positivos relacionados con el uso de sustancias, los cuales a menudo ocurren sin intervención terapéutica o grupos de auto-ayuda.

Hay evidencia bien documentada de la recuperación independiente o natural del uso excesivo, problemático de alcohol, cigarrillos y drogas (Blomqvist, 1996; Chen y Kandel, 1995; Orleans et al., 1991; Sobell y Sobell, 1998).

Estímulos de Cambio

La habilidad se refiere hasta que punto la persona tiene las destrezas, recursos y confianza necesarios (auto eficacia) para llevar a cabo el cambio. Uno puede ser capaz de cambiar, pero no estar dispuesto. El componente de estar dispuesto implica la importancia que una persona le da a cambiar: cuánto se quiere o desea un cambio. (Considerar que es posible sentirse dispuesto y sin embargo incapaz para cambiar). Sin embargo, hasta la disponibilidad y la habilidad no siempre es suficiente.

Probablemente se puede considerar ejemplos de gente que está dispuesta y es capaz de cambiar, pero que todavía no está lista para cambiar.

El componente de estar listo representa un paso final en el cual la persona decide finalmente cambiar un comportamiento particular. Estar dispuesto y ser capaz pero no estar listo, con frecuencia se puede explicar por la importancia relativa de este cambio comparado con otras prioridades en la vida de la persona. Inculcar la motivación al cambio, es ayudar al cliente a estar listo, dispuesto y capaz.

La motivación y Etapas para el cambio

El *Modelo de la entrevista motivacional*, propuesta por Miller y Rollnick⁶⁰. Se parte que todos para cambiar un hábito o comportamiento debemos tener algún grado de motivación para hacerlo, y que esto parte de nuestros rasgos de personalidad y nuestras creencias.

La motivación no es una característica innata que ocurre en forma espontánea; la motivación hace referencia a la probabilidad que una persona entre en algo, continúe y se mantenga en un proceso específico y definido que cambie con ciertos hábitos y comportamientos en la vida. Es decir, la intervención se encuentra más centrada en lo que el paciente hace, y no sobre lo que el paciente dice.

La motivación cambia a través de diversas etapas en la progresión de un comportamiento. Para describir estos cambios, Prochaska y DiClemente propusieron una serie de estadios por los cuales la persona debe pasar para poder ir cambiando. Este modelo fue desarrollado para dejar de fumar, pero en la actualidad se usa para el trabajo en otras áreas de las adicciones con gran éxito.

Los teóricos han desarrollado varios modelos para ilustrar cómo ocurren los cambios en comportamiento.

Dentro de una perspectiva, las consecuencias externas y las restricciones son en gran medida responsables de impulsar a los individuos a cambiar sus comportamientos de uso de sustancias.

En otro modelo, las motivaciones intrínsecas son responsables de iniciar o terminar los comportamientos de uso de sustancias.

Algunos investigadores creen que la motivación se describe mejor como una continuidad de la preparación que como etapas de cambio separadas (*Bandura, 1997; Sutton, 1996*). Esta hipótesis recibe también el apoyo de las investigaciones motivacionales relacionadas con un abuso de sustancias serio con drogas prohibidas (*Simpson y Joe, 1993*).

El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (*Prochaska y DiClemente, 1984*). Este modelo surge luego de examinar 18 teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo ocurre el cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biopsicosocial para entender la adicción. En este sentido, el modelo es “transteórico” (*IOM, 1990*).

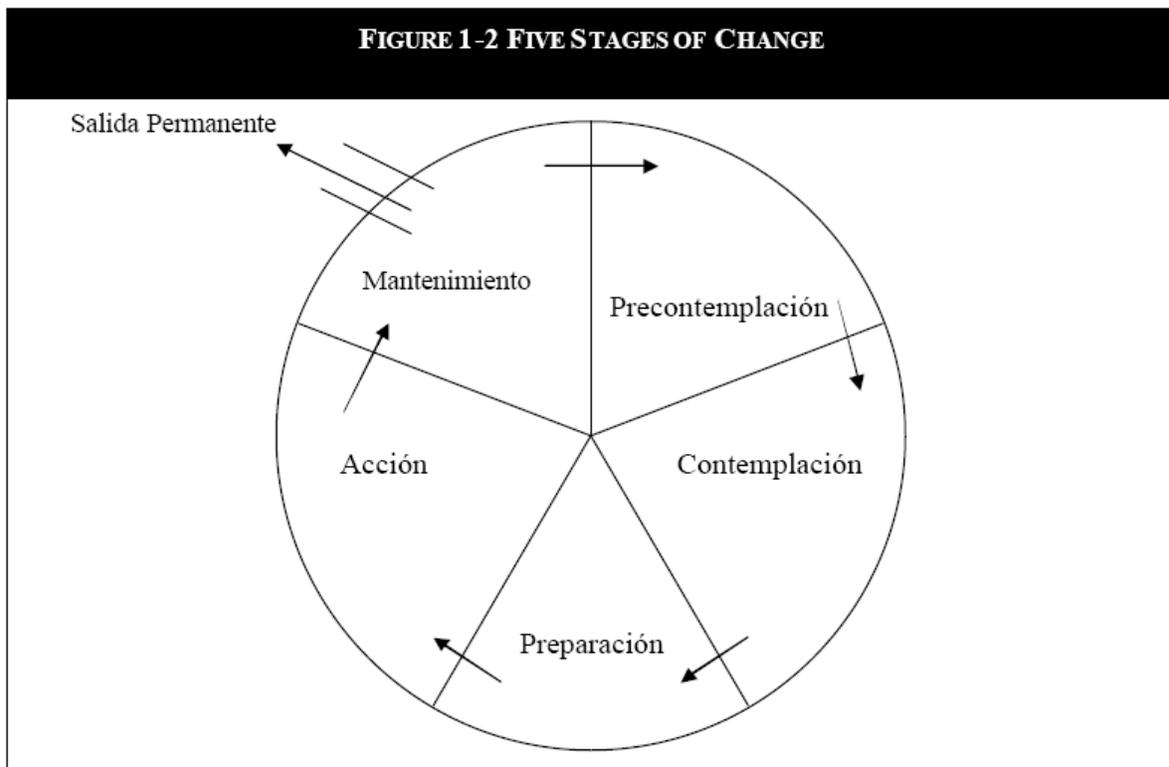
Este modelo refleja también cómo ocurre el cambio fuera de los ambientes terapéuticos. Los autores aplicaron este patrón a individuos que modificaron comportamientos relacionados con fumar, beber, comer, ejercitarse, criar a sus hijos y comunicaciones maritales por su cuenta, sin intervención profesional. Cuando el cambio hecho por uno mismo se comparó con las intervenciones terapéuticas, se notaron muchas semejanzas que llevaron a los investigadores a describir el cambio por pasos o etapas.

Observaron que la gente que llevaba a cabo cambios motivacionales por su cuenta, o bajo guía profesional, primero “pasaban de estar inconscientes o reacios por hacer algo sobre el problema a considerar la posibilidad del cambio, luego estaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían, o conservaban, ese cambio con el paso del tiempo” (*DiClemente, 1991*).

Las etapas de cambio se pueden visualizar como una rueda compuesta de cuatro a seis partes, dependiendo de cómo se divida el progreso específicamente (*Prochaska y DiClemente, 1984*).

La rueda (Figura 1-2) consta de cinco partes, con una salida final para la recuperación duradera. Es importante señalar que el proceso de cambio es cíclico, y los individuos generalmente se mueven de un lado a otro en las etapas y cumplen pasan a través de las etapas a distintas velocidades.

En un individuo, este movimiento a través de las etapas puede variar en relación a los distintos comportamientos u objetivos. Los individuos se pueden mover tan rápidamente que es difícil señalar con precisión dónde están, puesto que el cambio es un proceso dinámico. Sin embargo, no es común para los individuos que se demoren en las primeras etapas.



Para la mayoría de los individuos usuarios de sustancias, el progreso a través de las etapas de cambio, es circular o espiral por naturaleza, no lineal.

En este modelo, la recurrencia es un suceso normal puesto que muchos pacientes cumplen el ciclo pasando por varias etapas varias veces, antes de lograr un cambio estable. Las cinco etapas y el tema de la recurrencia se describen más adelante.

Precontemplación

Durante la etapa de precontemplación, los usuarios de sustancias no están considerando el cambio y no tienen la intención de cambiar su comportamiento en un futuro cercano.

Pueden estar un poco o totalmente inconscientes de que existe un problema, de que tienen que hacer cambios y de que podrían necesitar ayuda en este empeño. Por el contrario, pueden estar reacios o demasiado desanimados para cambiar su comportamiento. Los individuos en esta etapa generalmente no han experimentado consecuencias adversas o crisis debido a su uso de sustancias, y a menudo no están convencidos de que su patrón de uso es problemático o inclusive riesgoso.

Contemplación

Mientras estos individuos toman conciencia de que existe un problema, comienzan a percibir que podría haber una razón por la que preocuparse y razones por las que cambiar. Típicamente, son ambivalentes, ven al mismo tiempo razones para cambiar como para no hacerlo. Los individuos en esta etapa aún usan sustancias, pero están considerando la posibilidad de parar o reducir el uso en un futuro cercano. En este punto, podrían buscar información relevante, reevaluando su comportamiento de uso de sustancias, o buscando ayuda para apoyar la posibilidad de cambiar su comportamiento. Típicamente miden los aspectos positivos y negativos de hacer un cambio. No es raro para los individuos permanecer en esta etapa durante períodos largos de tiempo, a menudo años, titubeando entre querer y no querer un cambio. El trabajador de salud debe aquí tratar de llevar la balanza a la necesidad de cambiar un comportamiento específico.

Preparación

Cuando un individuo percibe que las ventajas previstas de cambio y las consecuencias adversas del uso de sustancias, sobrepasan cualesquiera características positivas de un uso continuo en el mismo nivel y de conservar el *status quo*, la decisión se balancea en favor

del cambio. La preparación acarrea una planificación de cambio más específica, como por ejemplo, elegir el tratamiento que se necesita, y de ser así, qué clase. La preparación también acarrea un examen de las aptitudes percibidas por uno mismo - o auto eficacia - para el cambio.

Los individuos en la etapa de preparación aún usan sustancias, pero generalmente pretenden dejar de usarlas pronto. Podrían estar experimentando formas de detener o reducir el consumo (*DiClemente y Prochaska, 1998*).

Comienzan a fijarse metas por sí mismos y a comprometerse con detener el consumo, inclusive diciendo a sus allegados o personas significativas sus planes.

Acción

Los individuos en la etapa de acción escogen una estrategia para el cambio y comienzan a perseguirla. Están llevando a cabo cambios drásticos en su estilo de vida y podrían retar situaciones particularmente y los efectos psicológicos de la retirada. Los pacientes podrían empezar a reevaluar su propia imagen según pasan del uso excesivo o dañino al no uso o uso seguro. Para muchos, la etapa de acción puede durar de 3 a 6 meses luego de haber dejado de usar la sustancia o reducir el consumo. Para algunos, es un período de luna de miel antes de enfrentarse a retos más intimidantes y duraderos.

Mantenimiento

Durante la etapa de mantenimiento, los esfuerzos se hacen para mantener las ganancias logradas durante la etapa de acción. El mantenimiento es la etapa en la cual las personas trabajan para mantener la sobriedad y evitar la recurrencia (*Marlatt y Gordon, 1985*). Podría ser necesario tomar medidas adicionales para evitar un retroceso a los comportamientos problemáticos.

Los individuos aprenden sobre cómo detectar, y protegerse de, situaciones peligrosas y de estímulos que podrían provocar volver al consumo de sustancias. En la mayoría de los casos, los individuos que tratan un cambio de comportamiento regresan al consumo por lo menos una vez y regresan a una de las etapas tempranas (*Prochaska et al., 1992*). La recurrencia de los síntomas se puede ver como parte del proceso de aprendizaje.

El conocimiento sobre los indicios personales o situaciones peligrosas que contribuyen a la recurrencia, es una información útil para los intentos de cambio futuros.

El mantenimiento requiere un cambio de comportamiento prolongado (al mantenerse abstemio o con un consumo moderado a niveles aceptables y fijados) y estar constantemente atento por lo menos durante 6 meses hasta inclusive varios años, dependiendo del comportamiento objetivo (*Prochaska y DiClemente, 1992*).

Recurrencia

La mayoría de la gente no mantiene los nuevos cambios que intentan hacer inmediatamente, y la norma es un regreso al uso de sustancias después de un período de abstinencia, no la excepción (*Brownell et al., 1986; Prochaska y DiClemente, 1992*).

Estas experiencias contribuyen información que puede facilitar o detener el progreso en curso a través de las etapas del cambio. La recurrencia, a la que a menudo se hace referencia como recaída, es el suceso que dispara el regreso del individuo a las primeras etapas del cambio y a reciclar el proceso. Los individuos pueden aprender que ciertas metas no son realistas, ciertas estrategias son inefectivas, o ciertos ambientes no conducen a un cambio exitoso. La mayoría de los usuarios de sustancias necesitarán varias revoluciones a lo largo de las etapas de cambio para lograr una recuperación exitosa (*DiClemente y Scott, 1997*). Después de volver a usar sustancias, los pacientes generalmente vuelven a la primera etapa de cambio; no siempre al mantenimiento o a la acción, sino con más frecuencia a cierto grado de contemplación. Podrían inclusive volver a la etapa de precontemplación, estar temporalmente reacios o ser incapaces de tratar un cambio pronto.

En nuestro medio se han desarrollado algunas formas de intervención útiles en prevención y tratamiento del abuso de alcohol⁶². La Entrevista Motivacional es una forma particular de ayudar a la gente para que reconozca y haga algo respecto a sus problemas de comportamiento en relación con el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Esta técnica lleva a resolver la ambivalencia para conducir a las personas a cambiar.

El aspecto básico de la entrevista motivacional lo podríamos llamar el “*desafío*”; se trata de retar al paciente a atreverse a cambiar un comportamiento, sin que se sienta juzgado por su médico.

Para ello se deben trabajar cinco aspectos básicos durante el transcurso de la entrevista.

- 1) Desarrollar discrepancia.
- 2) Evitar la Argumentación.
- 3) Acabar con la resistencia.
- 4) Expresar empatía.
- 5) Resaltar la auto eficacia.

*Estadios de cambio y tareas de cada intervención*⁶³

ESTADIO/PACIENTE	TAREA MOTIVACIONAL
<u>Precontemplación</u>	Crear duda. Aumentar la conciencia de los riesgos y complicaciones.
<u>Contemplación</u>	Elaborar riesgos y beneficios de un comportamiento. Definir las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar. Mejorar la auto eficacia.
<u>Determinación</u>	Ayudar a tomar la mejor alternativa posible dentro de varias alternativas presentes.
<u>Acción</u>	Ayudar a establecer un plan claro de acción.
<u>Mantenimiento</u>	Ayudar a establecer una estrategia clara de intervención para prevenir volver a viejos hábitos.
<u>Recaída</u>	Ayudar al paciente a identificar nuevos puntos que deben ser tenidos en cuenta durante su proceso de contemplación.

El Objetivo de la Entrevista Motivacional es desarrollar discrepancia en el paciente para amplificar sus posibilidades y lograr un acercamiento a motivarse para cambiar comportamientos.

Para ello es muy importante tener claridad de las metas, los logros y para dónde va la persona. Dentro de este Modelo es fundamental que el trabajador de la salud sea una persona empática, amable y que no lleve al cliente a sentirse juzgado.

No debe olvidarse que la ambivalencia es una parte fundamental del cambio y por allí debe comenzar el proceso.

La implementación de una Garantía Explícita en Salud para Adolescentes que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y drogas responde a la necesidad de intervenir en forma temprana en un grupo de la población que aún no ha terminado con sus tareas evolutivas, por lo tanto una intervención en este grupo disminuiría muchos de los daños asociados a esta situación. Estos daños se relacionan con enfermedades físicas y mentales, problemas escolares, obstáculos para inserción laboral presente o futura, dificultades familiares, comisión de delitos o de conductas violentas, etc., todos los problemas que implican sufrimientos para las personas y elevados costos para la sociedad.

La organización de respuestas específicas para este grupo responde a la tendencia mundial de contar con programas de tratamiento separados de los programas para adultos y contar con un diseño que permita ubicar a cada usuario en el mejor programa de acuerdo a sus necesidades.

Intervención Motivacional y las Etapas de Cambio

Los pacientes necesitan y usan diferentes clases de apoyo motivacional de acuerdo a la etapa de cambio en la que se encuentran y hacia la que se mueven.

Para considerar el cambio, los individuos en la etapa de precontemplación, tienen que haber aumentado su estado de alerta. Para resolver su ambivalencia, los pacientes en la etapa de contemplación necesitan ayuda para escoger el cambio positivo por encima de su situación actual.

Los pacientes en la etapa de preparación necesitan ayuda para identificar las estrategias de cambio potenciales y escoger la más adecuada de acuerdo a sus circunstancias.

Los pacientes en la etapa de acción (la etapa en la cual ocurre la mayor parte del tratamiento formal), necesitan ayuda para poder llevar a cabo las estrategias de cambio y para cumplir con éstas.

Durante la etapa de mantenimiento, los pacientes podrían desarrollar nuevas destrezas para mantener la recuperación y un estilo de vida sin consumo de sustancias. Es más, si los pacientes regresan al uso de sustancias, se les podría ayudar a recuperarse tan rápido como sea posible y a volver al proceso de cambio.

Por supuesto, no son las únicas para aumentar la motivación y lograr un cambio beneficioso.

Catalíticos para el Cambio

En la búsqueda por procesos comunes – modelos integrativos - de crecimiento personal y cambio entre las psicoterapias y los acercamientos de comportamiento, Prochaska (*Prochaska, 1979*) inicialmente aisló los acercamientos centrales de muchos sistemas terapéuticos y después los desarrolló en un estudio analítico de factores (*Davidson, 1994; Prochaska y DiClemente, 1983*).

Estos procesos fundamentales representan factores cognoscitivos, afectivos, de comportamiento y ambientales, que influyen el cambio a medida que surgen en los sistemas principales de terapias (*DiClemente y Scott, 1997*). Estos catalíticos del cambio se derivan de estudios al examinar dejar de fumar, la abstinencia al alcohol, problemas psicoterapéuticos generales, pérdida de peso, y comenzar un régimen de ejercicios (*Prochaska et al., 1992*).

Generalmente, los procesos cognoscitivo experimentales se usan en el ciclo temprano (por ejemplo, contemplación, preparación), y los procesos de comportamientos son críticos para las etapas tardías (por ej., acción, mantenimiento) (*Prochaska y Goldstein, 1991*).

Para evitar la confusión tanto para el cliente como para el clínico, sólo los catalíticos que tengan más apoyo o sean más lógicos, se recomiendan en una etapa en particular; sin embargo, esto no implica que el resto de los catalíticos no sean relevantes.

La motivación es multidimensional, no solo un campo de acción que pueda medirse con un instrumento o escala.

Hay un conjunto de medidas respaldadas por el Panel de Consenso. Para la mayoría de las medidas, existe una buena documentación psicométrica, pero algunas se encuentran en las primeras etapas de validación. La mayoría no han sido reglamentadas de acuerdo a los diferentes grupos raciales o étnicos. Muchos clínicos han encontrado estas herramientas formales como valiosas y aprecian la estructura y el enfoque que proporcionan: el sentido de que su trabajo con el cliente está orientado a lograr una tarea y basado en la realidad.

Los resultados también proporcionan otra clase de retroalimentación para usarse con los pacientes a lo largo del proceso del cambio para aumentar la motivación.

Para algunos pacientes, las puntuaciones de las pruebas añaden una dimensión de objetividad a la situación de la consejería, la cual de otro modo se volvería altamente subjetiva.

Sin embargo, un riesgo del que se tiene que estar consciente al usar estas herramientas, es que algunos pacientes se podrían concentrar demasiado en las puntuaciones que indican sus vulnerabilidades, en lugar de en las que indican sus fortalezas.

Actualmente, hay disponibles una variedad de instrumentos y escalas firmes psicométricamente valiosos que son fáciles de usar (*Allen y Columbus, 1995*).

INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL CAMBIO

Preparación para el Cambio

Se ha desarrollado un instrumento para evaluar la importancia del cambio (*Sobell et al., 1996*), basado en una escala de cuatro preguntas, usado originalmente con fumadores (*Richmond et al., 1993*). Las preguntas se modificaron para preguntar acerca del consumo de bebida, con respuestas en una gama específica para cada pregunta. Una puntuación de motivación mixta, se calcula con una posible gama del 0 al 10, basada en la suma de todas las respuestas.

Las cuatro preguntas son las siguientes:

¿Le gustaría reducir el consumo de la bebida o dejarla si pudiera hacerlo fácilmente? (No = 0, Sí = 1).

¿Cuán seriamente querría usted reducir el consumo de bebida o dejarla por completo? (No completamente en serio = 0, No muy seriamente = 1, Bastante seriamente = 2, Muy seriamente = 3)

¿Tiene intención de dejar de beber o reducir el consumo durante las próximas 2 semanas? (Definitivamente no = 0, Probablemente no = 1, Probablemente sí = 2, Definitivamente sí = 3)

¿Qué posibilidad existe de que aquí a 12 meses usted no tenga un problema con el alcohol?

Definitivamente no = 0, Probablemente no = 1, Probablemente así sea = 2, Definitivamente así será = 3)

La preparación para cambiar se puede considerar un pre requisito para responder al tratamiento. Sin embargo, los estados emocionales no son binarios: con pacientes o motivados o desmotivados. En cambio, la preparación existe junto a la continuidad de pasos o etapas y puede variar rápidamente, algunas veces de un día para otro.

El modelo de etapas de cambio, ha inspirado instrumentos para evaluar la preparación del cliente o el estado de cambio emocional de un cliente.

Dependiendo del nivel de preparación – etapa de cambio – las diferentes estrategias de intervención motivacional, serán o más o menos efectivas.

Medidor de Preparación

El Medidor de Preparación, desarrollado por Rollnick y usado ampliamente en los ambientes médicos en general, es un método simple para determinar la preparación de los pacientes para cambiar, al preguntar dónde están en un escala del 1 al 10. Cuanto más bajos los números menos será la preparación, y cuanto más altos, mayor. Dependiendo de cuan preparados para el cambio crean estar los pacientes, la conversación puede tomar distintas direcciones. Para los que se evalúan a sí mismo como “no listos” (0 a 3), algunos clínicos sugieren expresar preocupación, ofrecer información y proporcionar apoyo y seguimiento. Para los que no están seguros (de 4 a 7), explore los aspectos positivos y negativos del tratamiento. Para los pacientes que estén listos para cambiar (8 al 10), ayude a planificar la acción, identificar recursos, y transmita esperanza (*bernstein et al., 1997*).

Mientras los pacientes sigan en tratamiento, se puede usar periódicamente el medidor para monitorear los cambios mientras progresa el tratamiento. Hay que recordar que los pacientes pueden moverse de adelante hacia atrás. Además, ayudar a los pacientes a que adelanten, inclusive cuando nunca han alcanzado la etapa de toma de decisiones o de acción, es un resultado aceptable. La mayoría de estos se mueven en ciclos a lo largo de las etapas del cambio varias veces, algunas veces en forma de espiral ascendente, antes de asentarse en el tratamiento o en la recuperación estable.

Un rasgo significativo de la escala para la preparación al cambio, es que los pacientes avalúan su propia preparación al marcar el medidor o diciendo un número.

Otro rasgo es que el clínico puede hacer la pregunta: “¿Qué necesita para moverse del 3 al 5?” o puede reconocer el movimiento a lo largo de la continuidad al preguntar: “¿Dónde estaba hace un año en comparación a este momento?”

En otros estudios similares (*Sobell et al., 1993; Sobell y Sobell, 1993, 1995*), los pacientes respondieron en una escala de 0 a 100 a las dos preguntas siguientes:

En este momento, ¿cuán importante es que usted cambie su consumo de bebida actual? (Nada importante = 0, Tan importante como otras cosas que necesito lograr en este momento = 50, Lo más importante en mi vida en este momento = 100) En este momento, ¿cuán seguro se siente de que cambiará su consumo de bebida actual? (No creo que logre mi meta = 0, Tengo un 50 % de posibilidades de cumplir mi meta = 50, Creo que definitivamente voy a lograr mi meta = 100) Tanto la importancia de la meta como las puntuaciones de la confianza, se han asociado con mejores resultados al tratamiento (*Sobell et al., 1996*).

Escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhode Island

La Escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhode Island (URICA, por sus siglas en inglés, *Universita of Rhode Island Changue Assessment Scale*), se desarrolló originalmente para medir la etapa del cambio de un paciente en psicoterapia (*McConnaughty et al., 1983*), en términos de las cuatro etapas de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. La escala tiene 32 ítems, con ocho para cada una de las cuatro subescalas específicas.

Los que responden valoran los ítems en una escala Likert de 5 puntos desde 1 (fuertemente en desacuerdo) hasta 5 (sumamente de acuerdo). Se obtienen puntuaciones para cada una de las cuatro etapas. El instrumento está diseñado para una gama amplia de preocupaciones y hace a los pacientes preguntas generales sobre sus “problemas”.

Una versión de 28 ítems de la “URICA”, con siete ítems para cada una de las etapas, se ha usado también con pacientes bajo tratamiento por alcoholismo (*DiClemente et al., 1994*).

Las puntuaciones de la subescala de este instrumento, se pueden usar para crear perfiles relacionados con las etapas de cambio o para crear una puntuación de preparación sencilla

al juntar las puntuaciones de la contemplación, acción y mantenimiento y restar la puntuación de la precontemplación. En varios estudios de investigación, estas puntuaciones se han relacionado con el resultado del tratamiento.

En el Proyecto “MATCH”⁷⁰, una investigación clínica en varias localizaciones de tratamientos psicosociales para problemas de alcohol con 1,726 pacientes, la puntuación de la preparación, predijo la abstinencia de los resultados de bebida en un seguimiento de 3 años (*Grupo de Investigación del Proyecto Match, 1997*).

Cuestionario de Preparación para el Cambio

El Cuestionario de Preparación para el Cambio (RCQ, por sus siglas en inglés *Readiness To Change Questionnaire*), se desarrolló para ayudar profesionales que no son especialistas de tratamiento en abuso de sustancias a evaluar la etapa de cambio de los pacientes que beben excesivamente (*Rollnick et al., 1992*).

Los 12 ítems, que se adaptaron de los de “URICA”, se correlacionan estrechamente con las tres etapas de cambio – precontemplación, contemplación, y acción – y reflejan actitudes típicas de personas en cada uno de los niveles de preparación. Por ejemplo, una persona que todavía no esté contemplando el cambio, posiblemente dé una respuesta positiva al planteamiento: “Beber menos alcohol no tendría sentido para mí”, mientras que una persona que ya ha tomado acción estaría de acuerdo con el planteamiento: “Acabo de cambiar mis patrones de bebida”.

Otro individuo que ya haya contemplado el cambio se esperaría que estuviera de acuerdo con el ítem: “Algunas veces creo que debería beber menos”. Se usa una escala de cinco puntos para calificar las respuestas, desde estar sumamente de acuerdo (5) a estar fuertemente en desacuerdo (1). El “RCQ”, que se puede administrar la persona por su cuenta, ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en ambientes sin tratamiento con bebedores que consumen en exceso.

Cuando se usó el instrumento como una herramienta de tamizaje con bebedores excesivos en hospitales generales, reflejó con precisión el cambiar y también predijo para los que contestaban cambios en sus patrones de consumo de alcohol después de 8 semanas y 6 semanas, una vez dados de alta del hospital.

Es decir, los que estaban menos listos para cambiar, demostraron menos cambios positivos en los patrones de bebida durante el seguimiento, mientras que los que estaban más listos para actuar lo hicieron (*Heather et al., 1993*). Una prueba adicional de este instrumento, encontró que los hombres identificados como bebedores serios en salas de hospitales generales y que estaban en las etapas de cambio temprano, respondieron más favorablemente a la entrevista motivacional breve que a la consejería basada en las destrezas, en lo que se refieren al consumo de bebida. Sin embargo, se encontró que lo contrario no era cierto. Los hombres que calificaron como listos para el cambio, no respondieron para nada de un modo más favorable a la consejería basada en las destrezas que a la entrevista motivacional breve. Los autores del estudio llegaron a la conclusión de que se necesita más investigación para averiguar qué clase de consejería es más adecuada para las personas que se identifican como que beben en exceso en los ambientes oportunos, que estén también en un estado de preparación para el cambio⁷⁰.

Usando el “RCQ” varias veces, Heather y sus colegas han refinado el método de puntuación en este instrumento. El “método rápido” inicial simplemente suma las puntuaciones sin elaborar para cada una de las escalas de la etapa del cambio por separado y usa la puntuación que esté más alejada, paralela a la continuidad de las etapas de cambio, como el reflejo más preciso de la preparación del cliente para el cambio. Este método es apropiado cuando se necesita una forma rápida para determinar la preparación.

Un método más preciso, refinado y mejor predictor del cambio para la investigación y los propósitos médicos, es omitir cualquier respuesta ilógica e incierta y añadir una etapa de preparación a los cálculos.

La versión revisada del *Manual del Usuario para el Cuestionario de Preparación para el Cambio* (Readiness To Change Questionnaire User's Guide), proporciona información más específica sobre el cálculo de las puntuaciones usando este método.

El "RCQ" (Versión del tratamiento) ("RCQ[TV]"), es una revisión reciente del "RCQ" original (Heather et al., 1996), el cual es una alternativa más adecuada para determinar la etapa de cambio para las personas que lo están buscando, esta versión, responde a las críticas de que el "RCQ" original, estaba sólo dirigido a los bebedores que consumían en exceso o peligrosos que se identifican en los ambientes oportunistas (Gavin et al., 1998), a pesar de que se administraba, inapropiadamente, a algunas personas dependientes del alcohol que estaban solicitando tratamiento por algún trastorno por uso de sustancias.

El problema principal era que los bebedores que se identificaban en los ambientes de cuidado de salud, con frecuencia reducían el consumo a límites seguros en lugar de la abstinencia, que suele ser la decisión más típica de las personas seriamente impedidas que necesitan un tratamiento tradicional.

A pesar de que los creadores del instrumento revisado, inicialmente esperaban añadir preguntas que identificaran a personas en las cinco etapas de cambio y modificar las preguntas para reflejar las metas o bien de reducir el consumo o de la abstinencia, sólo se logró el segundo objetivo con el tratamiento para los problemas de alcohol o que ya lo están recibiendo.

El "RCQ(TV)" tiene 30 ítems, con seis preguntas que corresponden a cada una de las etapas del cambio, las cuales se califican en una escala de cinco puntos que va desde sumamente de acuerdo hasta fuertemente en desacuerdo. Muchas de las preguntas y planteamientos son adaptaciones de las del "RCQ" original que ahora incluyen la abstinencia como meta. Por ejemplo: "*He comenzado a poner en práctica un plan en el que reduzco el consumo o dejo de beber*".

Otras preguntas nuevas reflejan las dos etapas de cambio adicionales: “*He logrado reducir el consumo o dejar de beber y quiero seguir así*” (mantenimiento) o: “*He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo y tengo intenciones de poner este plan en práctica*” (preparación).

A los que se identifican como listos para el cambio, se les pueden ofrecer inmediatamente servicios orientados a la acción, con base en las destrezas, mientras que los que aún no están en una etapa de acción, deberían recibir más intervenciones motivacionales hasta que progresen paralelamente a la continuidad de la preparación.

La motivación es el primer paso para cambiar conductas, especialmente aquellas que nos pueden poner en una situación de riesgo, como el consumo de bebidas alcohólicas (Gerdner & Holmerg, 2000). Entender de qué depende la motivación al cambio en este contexto, puede tener implicaciones importantes para el tratamiento y la intervención de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

De acuerdo con algunos autores (Gerdner & Holmerg, 2000), las expectativas positivas que genera en un principio el consumo de alcohol, se convierten en negativas después de que se han presentado muchos eventos negativos relacionados al consumo. La severidad y la prolongación de estas experiencias negativas personales llevan al individuo a la motivación al cambio o a la búsqueda de ayuda.

DiClemente, Bellino y Neavins (1999) y Prochanska, Norcross y DiClemente (1995) han propuesto un modelo motivacional de estados de cambio aplicable al problema del consumo de bebidas alcohólicas, que postula que dejar de consumir una sustancia nociva (alcohol o tabaco) es la culminación de un largo proceso de una conducta de cambio. El proceso de cambio va del estado de precontemplación, contemplación, preparación y acción, terminando en el estado o etapa de mantenimiento.

Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (Versión para Tratamiento)
(RCQ-TV, por sus siglas en inglés *Readiness To Change Questionnaire [Treatment*
***Versión]*)**

El cuestionario a continuación se diseñó para identificar cómo se siente personalmente acerca de su consumo de bebida en este momento.

Por favor, piense en su situación actual y en sus hábitos de consumo, inclusive si ha dejado de beber completamente. Lea cada una de las preguntas cuidadosamente, y luego decida si está de acuerdo o en desacuerdo con los planteamientos. Por favor marque la respuesta de su elección para cada una de las preguntas. Si tiene problemas, por favor pregúntele al administrador del cuestionario.

Clave: **FD**=Fuertemente en Desacuerdo **D**= Desacuerdo **I**= Inseguro **DA**= De Acuerdo
FA= Fuertemente de Acuerdo

(esta clave debe aparecer en columnas a la derecha de los planteamientos que aparecerán numerados a continuación, con los recuadros debajo, debajo de esto debe aparecer el cuadro doble con las siglas del original, lista de planteamientos numerados que van a la izquierda del texto).

Escala de la Preparación del Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento.

Las Etapas de la Preparación del Cambio y la Escala de Ansiedad ante el Tratamiento (**SOCRATES**), mide la preparación para el cambio, con ítems que se concentran específicamente en los bebedores problemáticos.

Desarrollado por William R. Miller, en 1987, el conjunto inicial de ítems circuló para que lo comentaran colegas de investigación sobre tratamiento por abuso de sustancias.

La escala **SÓCRATES** es un instrumento experimental diseñado para evaluar la disposición para el cambio en el uso indebido de alcohol. El instrumento mide los 5 factores derivados de las puntuaciones de la escala: precontemplación (Re), contemplación

y determinación (Am), y acción y mantenimiento (T). Se trata de un instrumento de dominio público y puede ser utilizado sin un permiso especial, consta de 40 ítems.

Se ha encontrado que el SÓCRATES tiene alta fiabilidad para su uso (*Peters y Greenbaum, 1996*). Los coeficientes de Chronbach para la consistencia interna oscilan para la subescala de contemplación entre moderada (.67) y alta para la subescala de determinación (.98). La Fiabilidad también es alta, va desde .83 a .97. La subescala del reconocimiento ha resultado que tiene buena sensibilidad y especificidad en la identificación de los dependientes a sustancias (*Peters y Greenbaum, 1996*). Sin embargo existen motivos que preocupan tales como que no se ha validado entre los individuos con trastornos comórbidos. SÓCRATES no ha sido validado para su uso en el tratamiento correspondiente en la configuración de la justicia penal. Un importante predictor del cumplimiento del tratamiento y resultado final, es el paciente, el SÓCRATES puede ayudar a los médicos con la información necesaria para la planificación del tratamiento, teniendo buena utilidad clínica el instrumento. Su aplicación en la investigación es porque se ha considerado importante predictor a largo plazo de los resultados del tratamiento de individuos con dependencia al alcohol.

La versión 8 es una reducción de 19-ítems sobre la base de la escala con las versiones anteriores. La forma más breve fue desarrollada utilizando los elementos que más fuertemente fueron marcados en cada factor, se desarrolló inicialmente en 1991 y se usó como un cuestionario que se administraba cada persona por sí sola con un lápiz y un papel, en el Proyecto "MATCH" (*Miller y Tonigan, 1996*). Los ítems en esta versión corta no miden la construcción de las cinco etapas del cambio. Las puntuaciones de 19 ítems de la escala están muy relacionados con el más largo (39 puntos) para el Reconocimiento escala ($r = .96$), la adopción de medidas (.94), y la ambivalencia (.88)⁷⁰.

Se han creado varias formas versiones:

8D de 19 ítems para pacientes con problemas de drogas y alcohol

7A-SO-M 32-alcohol cuestionario tema importante para otros de los hombres

7A-SO-F 32-items de alcohol cuestionario para las mujeres

7D-SO-F 32-items de drogas / alcohol para las mujeres

7D-SO-M 32-items de drogas / alcohol para los hombres

Se produjo una versión de 32 ítems, usando escalas de 5 puntos desde cinco (sumamente de acuerdo) hasta uno (fuertemente en desacuerdo).

Los clínicos usan SOCRATES para proporcionar a los pacientes retroalimentación sobre sus puntuaciones como un punto de partida para la discusión. Los cambios en la puntuación cuando la escala se readministra, podrían evaluar el impacto de una intervención sobre el reconocimiento de un problema, ambivalencia y el progreso al hacer cambios.

Prochaska y DiClemente han desarrollado un carácter más general de las etapas del cambio como la Evaluación de la Universidad de Rhode Cambio de Evaluación (URICA). SÓCRATES difiere de la URICA en que SÓCRATES plantea preguntas específicamente sobre el alcohol u otras drogas, mientras que URICA pregunta al paciente el "problema" y el cambio de manera general.

Se han desarrollado formularios paralelos para evaluar la motivación al cambio de uso de sustancias, así como la motivación de una persona significativa para ayudar a su compañero a cambiar los patrones de uso de sustancias.

Las variables de SOCRATES pueden ser útiles también, en combinación con otras medidas, para entender la estructura de la motivación y la preparación para el cambio. Hay traducciones al español disponibles.

Interpretación de las Puntuaciones de SOCRATES-8

Proporciona información sobre si las puntuaciones de los pacientes son bajas, medianas o altas *en relación con gente que se encuentra bajo tratamiento contra el alcohol*. A continuación se proporcionan la interpretación de acuerdo a las puntuaciones.

RECONOCIMIENTO

Los que tienen puntuaciones **ALTAS** reconocen directamente que hay problemas relacionados con el consumo de bebida, con una tendencia a expresar un deseo por cambiar y perciben que el daño seguirá si no hacen ningún cambio.

Los que tienen puntuaciones **BAJAS** niegan que el alcohol esté provocando problemas serios, rechazan las etiquetas del diagnóstico como “bebedor problemático” y “alcohólico” y no expresan un deseo por cambiar.

AMBIVALENCIA

Los que tienen puntuaciones **ALTAS** dicen que a veces se *preguntan* si tienen control sobre su consumo de bebida, están bebiendo demasiado, están haciendo daño a otra gente y/o son alcohólicos. Por tanto, una puntuación alta refleja ambivalencia o incertidumbre. Una puntuación alta refleja cierta apertura a la reflexión, como se podría esperar particularmente en la etapa de cambio de contemplación.

Los que tienen puntuaciones **BAJAS** dicen que *no se preguntan* si beben demasiado, tienen control, hacen daño a otros, o son alcohólicos. Cabe señalar que una persona podría obtener una puntuación baja en la ambivalencia *o bien* porque “sabe” que su consumo de bebida está causando problemas (Reconocimiento alto), *o* porque “sabe” que no tiene problemas con la bebida (Reconocimiento bajo).

Por tanto, una puntuación baja en la Ambivalencia se debe interpretar en relación con la puntuación del Reconocimiento.

TOMA DE PASOS O ADOPCION DE MEDIDAS.

Los que tienen puntuaciones **ALTAS** informan que ya están listos para hacer cosas hacia un cambio positivo en su consumo de bebida y podrían experimentar algo de éxito en este aspecto. El cambio está por venir, y puede que quieran ayuda para persistir o evitar el desliz. Una puntuación alta en esta escala ha demostrado predecir un cambio exitoso.

Los que tienen puntuaciones **BAJAS** informan que en este momento no están haciendo cosas para lograr cambiar su consumo de bebida y no han hecho ese tipo de cambios recientemente.

Justificación

Es necesario investigar la estructura de los factores de la escala SÓCRATES en diferentes poblaciones clínicas y culturales.

Desde el punto de vista de la experiencia clínica, se ha observado que los pacientes pueden reconocer que tienen un problema de beber pero son ambivalentes sobre la necesidad de detener el consumo, para cambiar su estilo de vida o para seguir un paquete de tratamiento prescrito. En las primeras etapas de tratamiento la ambivalencia y reconocimiento son comunes, sin embargo otra explicación es que la ambivalencia y reconocimiento de hecho, son parte del mismo fenómeno.

El presente estudio de corte transversal metodológico tiene como finalidad validar un instrumento que mida la preparación para el cambio en dependientes. Este tipo de estudios se hacen necesarios en cualquier disciplina científica en tanto se encargan de las herramientas de intervención por medio del desarrollo, valoración y comprobación de la validez de las mismas. Mejoramiento en la medida en que brinda información acerca de la efectividad y conveniencia de la utilización de *x* herramienta en un contexto determinado. Es decir, este tipo de estudio es una medida para evitar el empleo inadecuado de instrumentos de medición y evaluación que den paso a conocimientos dudosos sobre el área de interés.

Las razones de la discrepancia entre la estructura de factor comunicados por Miller y Tonigan y que se encuentra en estudios posteriores son diversas. En primer lugar, el instrumento en su formato actual puede no distinguir entre ambivalencia y reconocimiento, porque el contenido del elemento del cuestionario es insuficiente para hacer tal distinción.

Lo anterior hace del presente trabajo de grado, un estudio pertinente al campo de las adicciones y al investigativo en general, pues es ejemplo de la comprensión ética de la investigación y la aceptación de aquellas prácticas que eviten la violación de la integridad científica, como lo es la utilización inapropiada de pruebas y procedimientos.

Promueve además, la utilización de herramientas ya disponibles y de alta riqueza en el campo de la adicciones.

Objetivos

Objetivo General

Validar el instrumento Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (**SOCRATES**) (William R. & Miller, 1987) en estudiantes universitarios de nivel medio superior y superior por medio del coeficiente de confiabilidad α de cronbach y del análisis factorial con rotación varimax.

Objetivos Específicos

1. Determinar la Consistencia interna de cada reactivo de la Escala de Motivación al Cambio: SÓCRATES con el análisis factorial con rotación varimax.
2. Evaluar la congruencia entre el total de reactivos (α de Cronbach mayores a 0.07)
3. Complementar el material de medición de la versión en español existente, con el fin de aprovechar al máximo las versiones ya validadas en otros países.

Hipótesis

Hipótesis nula: La escala SÓCRATES no es un instrumento válido ni confiable para evaluar la disposición al cambio en estudiantes universitarios de nivel medio superior y superior con dependencia al alcohol.

Alternativa: La escala SÓCRATES podrá ser un instrumento válido y confiable para evaluar las diferentes etapas en el proceso del cambio, en estudiantes universitarios de nivel medio superior y superior con uso, abuso y dependencia al alcohol.

De trabajo: La escala SÓCRATES podrá ser un instrumento válido y confiable para evaluar la disposición al cambio en estudiantes universitarios de nivel medio superior y superior con dependencia al alcohol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de proceso (para obtener validez y confiabilidad), transversal. Con base en A. Feinstein.

Población en estudio y tamaño de la muestra

Consistió en una muestra conformada por sujetos de fácil acceso que cumplieron con las características especificadas de la población a la cual será dirigido el instrumento final en busca de representatividad entre los estudiantes de nivel superior y medio superior. Fue conformada por 195 estudiantes Universitarios de la UNAM debido a que se consideran 5 sujetos por reactivo para poder validar un instrumento, identificados como dependientes al alcohol en el “Proyecto para el tratamiento de bebedores con dependencia del bachillerato y la licenciatura” de acuerdo a los criterios del CIDI en el periodo 2006 a 2009 y que estuvieron de acuerdo en participar.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

1. Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura o bachillerato de ambos sexos.
2. Tener el diagnóstico dependencia al alcohol (CIE-10 y DSM-IV)
3. Los estudiantes deben aceptar voluntariamente su participación en el estudio y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Estudiantes que no acepten participar en el estudio
2. Estudiantes que no cumplan los criterios para dependencia a alcohol (CIE-10 y DSM-IV)

Variables y escalas de medición

Valor: Dicotomicas: Sexo, Edad y Nivel Escolar

Tipo: INDEPENDIENTE: SOCRATES

DEPENDIENTE: Consumo de Alcohol

Definición operacional: Mediante el puntaje que resulte de las subescalas del instrumento SOCRATES, las cuales hablan de las etapas del cambio: *Pre-contemplación* (reconocimiento), *contemplación – determinación* (ambivalencia), *acción – mantenimiento* (Toma de pasos), lo cual se determinara por puntaje (alto/bajo) se medirá la disposición al cambio.

Instrumentos de medición:

- **CIDI sección alcohol**
- Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (SOCRATES).

Directrices / Manual	Lápiz y papel auto administrados
Número de piezas	40 elementos en 5 escalas
Tiempo para completar	5 minutos
Puntuación	Cada escala tiene 8 puntos que se suman para calcular la escala de puntaje. No puntuación computarizado.
Tiempo de calificación	Inmediata William R. Miller, Ph.D. Universidad de Nuevo México Centro de Alcoholismo
Fuente / Editorial	Abuso de Sustancias y las Toxicomanías, 2350 Álamo SE Albuquerque, NM 87106
Fotocopia / copyright	Dominio público
Costo	Sin costo alguno
Requisitos de formación	Ningún entrenamiento requerido

Requisitos del equipo Ninguno

Recolección de datos y análisis de los resultados

Identificación de pacientes como Dependientes respecto al CIDI (CIE-10), lo cual se realizó en otro proyecto: el “Proyecto para el tratamiento de bebedores con dependencia del bachillerato y la licenciatura”.

1. Contacto con el alumno por el terapeuta para invitarle a la aplicación del instrumento
2. Recepción del paciente
3. Explicación y motivos para la aplicación de la escala
4. Entrega, explicación y firma del formato de consentimiento
5. Enfatizar la confidencialidad de la información proporcionada
6. Aplicación del Instrumento: Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (**SÓCRATES**).

Los pasos que se siguieron para el proceso de validación fueron los siguientes:

- a) Traducción: puesto que el material de instrucción se encontraba originalmente en el idioma inglés, se hizo necesario someter el instrumento al proceso de traducción al español. Dicha tarea se llevo a cabo por autoras previamente comentadas, en su contexto original, asegurando una interpretación más fiel y acorde con una visión global de los objetivos originales del instrumento, evitando posibles fuentes de error.
- b) Con el fin de establecer un criterio de contenido, teniendo en cuenta no solo los aspectos lingüísticos sino culturales de donde se aplicó la prueba, se realizó una prueba piloto.
- c) Aplicación del instrumento a la muestra seleccionada, de acuerdo a la guía de instrucción, las respuestas de los estudiantes a cada una de las preguntas fueron calificadas como altas o bajas.

Análisis de los datos

Las variables del estudio se analizaron mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 10), se describen las características de la muestra (edad, sexo y nivel de escolaridad) obteniendo frecuencias simples y medias de edad.

Se hizo una prueba de consistencia interna de la escala SOCRATES, a través del coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, con la finalidad de observar su funcionamiento en esta muestra (con reporte del valor de alpha y el valor en cada uno de los reactivos), para determinar si la escala resulto confiable.

También se trabajo sobre la estructura interna de la escala a través del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax donde se determinó cuantos factores, con qué porcentaje de varianza explicada y que carga factorial se encuentran en cada uno de los reactivos; para determinar si la escala es válida.

Implicaciones Éticas del Estudio

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Todos los participantes recibieron información sobre la investigación; firmaron el consentimiento informado antes de participar y se aseguró su anonimato y confidencialidad.

RESULTADOS

Características demográficas

El estudio se realizó con 195 estudiantes, de los cuales el 69.7 % fueron hombres, y el 44.2% los rangos de edad fueron: entre 18 y 19 años, con una media de 19.27, la mayor parte de los sujetos tenían un nivel de estudios de licenciatura (75.3%) **Tabla 1**.

Confiabilidad y validez de las escalas

1.1 Confiabilidad de Escala Sobre Uso Personal de Bebidas Alcohólicas “SOCRATES”: Motivación al Cambio.

Se hizo la prueba de consistencia interna de la escala de SOCRATES a través del coeficiente de confiabilidad de alpha de Cronbach con la finalidad de observar su funcionamiento en esta muestra. El alpha fue de .821 (**Tabla 2**); Y 33 de las preguntas mostraron tener una correlación positiva y adecuada (mayor al .30); el reactivo 5 con -.119, correlacionó bajo en todos los factores y el ítem 22 fue el más bajo en todos (-.036); por lo que en la versión corta de 19 ítems se eliminaron.

1.2 Validez de Escala Sobre Uso Personal de Bebidas Alcohólicas “SOCRATES”: Motivación al Cambio.

También se realizó la validación de la estructura interna de la escala de SOCRATES de 40 reactivos a través de un análisis factorial de componentes principales, con rotación Varimax donde se obtuvo un factor que proporciona el 61.75% de la varianza explicada. Así mismo, se observó que el análisis factorial arrojó 6 factores con valores de Eigen superiores o iguales (1.00); sin embargo, los reactivos que presentaron una carga factorial arriba de .30 se encuentran en los 3 primeros factores; no se encontró ninguno en el factor 4 y 1 en el 5 y 6 respectivamente (**Tabla 3**). Sin embargo, el ítem que puntúa más alto (0.683) en el factor 6 no aparece en la versión corta de 19 factores, ya que tiene una correlación total con otros factores de 0.17 y el alfa de Cronbach permanece en .821 si se elimina.

TABLA 1
Características Generales
N =195

Tabla 1. Datos Sociodemográficos		
<u>Edad</u>	Frecuencia	%
14 a 15 años	27	13.8
16 a17 años	21	10.8
18 a 19 años	90	46.2
20 a 21 años	37	19.0
22 a 23 años	12	6.2
24 a 25 años	4	2.1
26 años ó más	4	2.1
<u>Sexo</u>		
Masculino	136	69.7
Femenino	59	30.3
<u>Escolaridad</u>		
Licenciatura	146	75.3
Bachillerato	48	24.7

TABLA 2
Confiabilidad del SOCRATES

PREGUNTAS	REACTIVO (Media / Desviación estándar)	CORRELAC IÓN ITEM TOTAL	ALPHA (Si se elimina el reactivo)
Hay veces cuando me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas es demasiado*	3.26/1.214	.500	.810
Definitivamente tengo algunos problemas relacionados con mi consumo de bebidas alcohólicas	2.77/1.198	.515	.810
Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas*	3.89/1.068	.402	.814
Estuve tomando demasiado anteriormente, pero he podido cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas*	3.92/1.168	.315	.816
La única razón porque estoy aquí es porque alguien me hizo venir	1.94/1.133	-.119	.828
A veces me pregunto si soy un(a) alcohólico(a)*	2.70/1.267	.476	.811
Verdaderamente quiero hacer algo acerca de mi uso de bebidas alcohólicas	3.69/1.117	.641	.807
No solamente estoy pensando en cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas, ya estoy haciendo algo*	3.82/1.162	.495	.811
Ya he cambiado mi consumo de bebidas alcohólicas, y estoy buscando maneras para evitar volver a mi patrón viejo*	3.57/1.208	.433	.813
A veces me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas esta lastimando a otra gente*	2.65/1.260	.585	.807
Tomo bebidas alcohólicas demasiado a veces	2.87/1.287	.302	.816
Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas*	3.50/1.168	.584	.808
Tuve problemas con el alcohol, pero ya no	3.03/1.315	.170	.821
Me pregunto si las bebidas alcohólicas son buenas para mi	2.54/1.182	.309	.816
Si no cambio mi consumo de bebidas alcohólicas pronto, mis problemas van a empeorar*	2.94/1.333	.528	.809
Ya he estado tratando de cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas y estoy aquí para obtener ayuda	3.34/1.204	.658	.806
Ahora que he cambiado mi consumo de bebidas alcohólicas es importante para mi mantener los cambios que he hecho*	3.80/1.119	.525	.810
No estoy seguro(a) si mi consumo de bebidas alcohólicas es demasiado	2.75/1.154	.472	.812
Definitivamente es tiempo de hacer algo de los problemas que he estado teniendo con el consumo de bebidas alcohólicas	3.20/1.299	.715	.803
He empezado a llevar a cabo un plan para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas	3.47/1.260	.617	.806
Quiero ayuda para evitar de volver a los problemas con bebidas alcohólicas que tenía antes	3.23/1.323	.575	.807

Soy más o menos normal en mi consumo de bebidas alcohólicas*	3.44/1.071	-.036	.825
A veces me pregunto si estoy en control de mi consumo de bebidas alcohólicas	2.96/1.208	.382	.814
Soy un(a) alcohólico(a)	2.44/1.176	.436	.813
Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas	3.23/1.198	.628	.807
Estoy preocupado(a) que mis problemas anteriores con mi consumo de bebidas alcohólicas puedan volver.	2.71/1.220	.542	.809
No creo que tenga un problema con el consumo de bebidas alcohólicas. Pero hay veces cuando me pregunto si tomo alcohol demasiado.	2.89/1.187	.256	.818
Tengo un problema con el consumo de bebidas alcohólicas	2.68/1.197	.526	.810
Yo sé que mi consumo de bebidas alcohólicas a causado problemas, y estoy tratando de hacer algo acerca de esto	3.09/1.239	.641	.806
He hecho algunos cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas, y quiero ayuda para seguir	3.28/1.210	.691	.804
No sé si debería cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas	2.49/1.083	.254	.818
Mi consumo de bebidas alcohólicas está causando mucho daño	2.28/1.152	.415	.813
Tengo un problema serio con el consumo de bebidas alcohólicas, y ya he empezado a vencerlo	2.77/1.209	.570	.808
Estoy sobrio(a), y quiero mantenerme así	3.91/1.072	.224	.819
SOC1R***	2.29/1.124	-.636	.841
SOC11R***	3.66/1.268	-.460	.839
SOC16R***	3.12/1.214	-.612	.842
SOC21R***	3.10/1.324	-.613	.844
SOC31R***	3.75/1.188	-.467	.838
SOC36R***	3.73/2.149	-.451	.837

** Ítems con correlación total más baja en todos los factores*

**** ítems que se recodifican porque se redactan en sentido inverso*

TABLA 3
Validez del SOCRATES

PREGUNTAS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6
Hay veces cuando me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas es demasiado**	.486	.205	.475	.148	-.167	-.134
Definitivamente tengo algunos problemas relacionados con mi consumo de bebidas alcohólicas*	.793	.077	.235	.033	-.084	.061
Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas**	.003	.789	-.037	.055	-.177	-.073
Estuve tomando demasiado anteriormente, pero he podido cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas**	-.079	.674	.069	-.208	.119	-.301
La única razón porque estoy aquí es porque alguien me hizo venir	.001	-.012	.002	-.708	.114	.018
A veces me pregunto si soy un(a) alcohólico(a)**	.643	.078	.438	-.051	-.168	-.077
Verdaderamente quiero hacer algo acerca de mi uso de bebidas alcohólicas*	.318	.552	.281	.479	-.168	.044
No solamente estoy pensando en cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas, ya estoy haciendo algo**	.064	.867	-.090	-.015	.009	-.050
Ya he cambiado mi consumo de bebidas alcohólicas, y estoy buscando maneras para evitar volver a mi patrón viejo**	-.041	.752	-.046	.015	.241	.016
A veces me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas esta lastimando a otra gente**	.632	.184	.338	-.013	.045	.182
Tomo bebidas alcohólicas demasiado a veces*	.590	-.078	.306	.017	-.418	.136
Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas**	.174	.718	.071	.148	-.053	.099
Tuve problemas con el alcohol, pero ya no*	-.063	.315	.000	-.194	.683	-.106
Me pregunto si las bebidas alcohólicas son buenas para mi*	.270	-.088	.550	-.027	.209	.087
Si no cambio mi consumo de bebidas alcohólicas pronto, mis problemas van a empeorar**	.594	.060	.274	.355	.109	.069
Ya he estado tratando de cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas y estoy aquí para obtener ayuda*	.423	.426	.218	.203	.126	.355
Ahora que he cambiado mi consumo de bebidas alcohólicas es importante para mi mantener los cambios que he hecho**	.073	.727	.063	-.060	.196	.006
No estoy seguro(a) si mi consumo de bebidas alcohólicas es demasiado*	.269	.080	.706	-.017	-.014	.144
Definitivamente es tiempo de hacer algo de los problemas que he estado teniendo con el consumo de bebidas alcohólicas*	.550	.252	.419	.414	.126	.121
He empezado a llevar a cabo un plan para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas*	.135	.646	.157	.093	.111	.334
Quiero ayuda para evitar de volver a los problemas con bebidas alcohólicas que tenía antes**	.528	.218	.236	.399	.330	-.081

Soy más o menos normal en mi consumo de bebidas alcohólicas*	-506	.199	.320	-.135	.146	.059
A veces me pregunto si estoy en control de mi consumo de bebidas alcohólicas**	.326	-.076	.615	.230	.134	.013
Soy un(a) alcohólico(a)**	.780	.133	.024	.064	-.163	-.039
Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas**	.221	.655	-.009	.228	.149	.367
Estoy preocupado(a) que mis problemas anteriores con mi consumo de bebidas alcohólicas puedan volver*	.606	.224	.210	.225	.180	-.113
No creo que tenga un problema con el consumo de bebidas alcohólicas. Pero hay veces cuando me pregunto si tomo alcohol demasiado*	-.007	-.005	.722	.080	-.286	.193
Tengo un problema con el consumo de bebidas alcohólicas**	.841	.091	.117	.131	-.041	-.031
Yo sé que mi consumo de bebidas alcohólicas a causado problemas, y estoy tratando de hacer algo acerca de esto*	.557	.322	.143	.192	.314	.207
He hecho algunos cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas, y quiero ayuda para seguir**	.387	.493	.239	.201	.283	.204
No sé si debería cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas*	.070	.056	.346	-.089	-.143	.710
Mi consumo de bebidas alcohólicas está causando mucho daño**	.774	-.014	.016	.058	.084	.177
Tengo un problema serio con el consumo de bebidas alcohólicas, y ya he empezado a vencerlo*	.509	.297	.060	.164	.343	.326
Estoy sobrio(a), y quiero mantenerme así*	.003	.463	-.286	.025	.352	.091
SOC1R	-.351	-.529	-.135	-.443	-.011	-.029
SOC11R	-.831	.014	-.023	-.004	.041	-.093
SOC16R	-.578	-.153	-.392	-.287	-.042	-.068
SOC21R	-.841	-.092	-.174	-.163	.008	-.024
SOC31R	-.713	-.074	-.070	.093	-.144	-.157
SOC36R	-.697	-.069	-.148	.071	-.069	.022

**Ítems que correlacionan más alto*

DISCUSIÓN

Las etapas del modelo transteórico (Motivación para el cambio) se han cuestionado. Se ha tenido como intención el medir las cinco etapas del cambio como entidades separadas (por autores). El objetivo de este estudio fue investigar la estructura de los 5 factores de la escalas SOCRATES. Miller y Tonigan afirman que SOCRATES tiene una estructura de 5 factores ó subescalas, las cuales abarcan las etapas del cambio: *Pre-contemplación* (reconocimiento), *contemplación – determinación* (ambivalencia), *acción – mantenimiento* (Toma de pasos o medidas).

Se aplicó la escala a una muestra de 195 estudiantes de nivel medio superior y superior, que cumplieron los requisitos para dependencia obtenidos por otro proyecto “Proyecto para el tratamiento de bebedores con dependencia del bachillerato y la licenciatura” de acuerdo a los criterios del CIDI en el periodo 2006 a 2009 y que estuvieron de acuerdo en participar. Los resultados permiten afirmar que la Escala Sobre Uso Personal de Bebidas Alcohólicas “SOCRATES”: Motivación al Cambio; de acuerdo a lo señalado en los reportes de en otros estudios llevados a cabo en población anglosajona, brasileña, y en nuestro país con instrumentos de detección que se relacionan con el consumo de alcohol problemático como el AUDIT, CIDI entre otros. En estas investigaciones se ha observado que el SÓCRATES tiene alta confiabilidad para su uso (*Peters y Greenbaum, 1996*). Los coeficientes de Chronbach para la consistencia interna oscilan para la subescala de contemplación entre moderada (.67) y alta para la subescala de determinación (.98). La confiabilidad también es alta, va desde .83 a .97. La subescala del reconocimiento ha mostrado tener buena sensibilidad y especificidad en la identificación de los dependientes a sustancias (*Peters y Greenbaum, 1996*), en otras poblaciones, obteniendo en este estudio una alfa de Cronbach de .821.

Mediante el análisis se obtuvieron en este estudio 6 factores a diferencia de la versión original que consta de 5, sin embargo para que un factor se considere como tal es necesario que tenga 3 reactivos, sin embargo los factores 5 y 6 solamente tienen uno y el factor 4 ningún reactivo que correlacione alto; además, el reactivo 13, es el que presenta la correlación más alta de factor 5 (*tuve problemas con el alcohol pero ya no*), con una

correlación total de .17 y al eliminarse se conserva un alfa de Cronbach de .821; por lo que no aparece en la versión actual corta de 19 ítems.

Al realizarse un nuevo análisis separándolo por factores (sub escalas) de la escala P, surgen 2 factores con una varianza explicada de 59.25, por lo que se sugiere eliminar los ítems 1,6,16.

La escala C, arroja nuevamente 2 factores, la varianza explicada es de 57.406; por lo que la sugerencia es eliminar los ítems 22,32, y 37.

La Escala D, solo arroja 1 factor que correlaciona bien en todos los reactivos; con una varianza explicada de 57.015.

La escala A, con varianza explicada de 67.933, mostró nuevamente 2 factores, sin embargo se encuentran 4 reactivos en cada factor lo que significa el 50 % y la decisión de eliminar factores nos remitió al ámbito teórico. La sugerencia es eliminar los factores: 19,29,34,39.

En la Escala M, nuevamente se identificaron 2 factores, a eliminar son 25,30 y 35.

Se realizó una comparación entre la versión original larga de 40 ítems y la actual (de 19 ítems), encontrándose que la presente investigación coincide con los ítems presentes en la escala corta, difiriendo únicamente en el reactivo 1 de la escala P y en la escala D 4 ítems. Se encontraron diferencias en la escala A en el ítem 29 de la versión corta; y en la escala M en los ítems 29 y 25 respectivamente, por lo que finalmente se sugiere retirarlos por la baja correlación.

Finalmente se obtuvo una escala con una buena correlación entre los 5 factores de la versión original y los 3 factores que se encuentran en la actual.

CONCLUSIONES

Las Etapas de la Preparación para el Cambio y la Escala de Ansiedad ante el Tratamiento (SOCRATES), miden efectivamente la preparación para el cambio, con ítems que se concentran específicamente en los bebedores problemáticos. Se trata de un instrumento experimental de tamizaje aceptablemente válido y confiable para detectar la disposición al cambio en población estudiantil Mexicana. Se necesitan investigaciones futuras para tener un mejor entendimiento acerca de los aspectos de motivación que mide el SÓCRATES y así poder mostrar cómo podría mejorarse esta escala. Sugerimos investigar la estructura de los factores del SÓCRATES en diferentes poblaciones clínicas y culturales. Se necesita investigar más para fortalecer cada una de las escalas y determinar la habilidad del instrumento para predecir resultados probables sobre el consumo de bebida de alcohol así como su utilidad pre y post tratamiento en bebedores excesivo con con precisión (*Hetaher et al., 1996*).

Referencias

1. **Cote Meléndez M.** Management of Alcohol-Dependence Disorder: General Concepts, *Típica*, Boletín Electrónico de Salud Escolar, 2007; 3(2):1-10.
2. **Fernández Gómez C, Llorente del Pozo A.M.** Evaluación de constructos relacionados con las Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez, *Adicciones* 2006;18;3: 251-259.
3. **Horn JL, Wanberg KW, Foster FM.** Guide to the alcohol use inventory. National Computer Systems, Minneapolis, MN; 1987.
4. **McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE.** An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980;168:26-33.
5. **Miller WR, Marlatt GA.** Manual for the Comprehensive Drinker Profile. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1984.
6. **Jacobson GR.** The alcoholism: detection, assessment and diagnosis. New York: Human Sciences Press, 1976.
7. **Ellis A, Mcinerney JF, Digiuseppe R, Yeager RJ.** Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. Pergamon Inc, 1988.
8. **Friedman AS, Utada A.** A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers: The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument. *J Drug Edu* 1989;19:285-312.
9. **Wanberg KW.** Adolescent Self Assessment Profile. Arvada, CO: Center for Alcohol/Drug Abuse Research and Evaluation; 1991.
10. **Winters KC, Henley GA.** Personal Experience Inventory test and manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1989.

11. **Mondragón ., Borges G, Avilés K, Casanova M.** Motivación al Cambio en Bebedores que Ingresan a un Servicio de Urgencias. *Journal of Psychology* 2005; 39;1:169-176.
12. **Annis HM y Graham JM.** Situational confidence questionnaire (SCQ-39). Addiction Research Foundation: Toronto; 1990.
13. **Heather N, Stallard A, Tebbut J.** Importance of substance cues in relapse among heroin users: Comparison of two methods of investigation. *Addict Behav* 1991;16:41-49.
14. **Brown SA, Goldman MS, Inn A, Anderson LR.** Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *J Consult Clin Psychol* 1980;48: 418-426.
15. **Rohsenow DJ.** Drinking habits and expectancies about alcohol's effect for self versus others. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 752-756.
16. **Collins RL, Lapp WM, Emmons KM, Issac LM.** Endorsement and strength of alcohol expectancies. *J Stud Alcohol* 1990;51:336-342.
17. **Brown SA, Christiansen BA, Goldman MS.** Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *J Stud Alcohol* 1978;48:483-491.
18. **Torabi MR, Veenker CH.** An Alcohol attitude scale for teenagers. *J School Health* 1986;56:96-100.
19. **Prochaska JO, DiClemente CC.** Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR y Heather N (eds). *Treating addictive behaviors: Processes of change.* New York: Plenum Press; 1986.p. 3-27.
20. **Miller WR.** The stages of change readiness treatment eagerness scale (SOCRATES, versión 6.0). University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance abuse and addictions (CASAA); 1993.
21. **Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W.** Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *B J Addict* 1992;87:743-754.

22. **Martos A, Rubio G, Aubá J, Santo-Domingo J, Torralba Ll, Campillo M.** Readiness to change questionnaire: Reliability study of its Spanish version. *Alcohol Alcoholism* 2000;35:270-275.
23. **Sobell, M. & Sobell, L.C.** *Guiding self-change Treatment*. 2da ed. Plenum: Nueva York;1998.
24. **Rubio G, López M.** Validación del Cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. *Adicciones* 1999;11:7-11.
25. **Annis HM, Graham JM.** Profile types on the inventory and Drinking situations: implications for relapse prevention counseling. *Psychology of addictive Behaviors* 1995;9:176-182.
26. **Litman GK, Eiser JR, Rawson NSB, Oppenheim AN.** Towards a typology of relapse: a preliminary report. *Drug Alcohol Depend.* 1977;2: 157-162.
27. **McCready B, Rodríguez R, Otero-López JM.** Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso. Pirámide. Madrid; 1998.
28. **Macía D.** Cuestionario acerca de las actitudes hacia el alcohol y Cuestionario de información acerca del alcohol. Método conductual de prevención de la Drogodependencia, Valencia. Promolibro; 1986.
29. **Southwick L, Steele C, Marlatt GA.** **Alcohol related expectancies:** Defined by phase of intoxication and drinking experience. *J. Consult. Clin. Psychol* 1981;49:713-721.
30. **Leigh BC.** Beliefs about the effects on alcohol on self and others. *J. Stud. Alcohol* 1987;48:467-475.
31. **Litman GK, Stapleton J, Oppenheim AN, Peleg M, Jackson P.** An instrument for measuring coping behaviors in hospitalized alcoholics. Implications for relapse prevention and treatment. *Br. J. Addict.* 1983;78:269-276.
32. **Litman GK, Stapleton J, Oppenheim AN, Peleg M, Jackson P.** The relationship between coping behaviors, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *Br J Addict* 1984;79:283-291.

33. **Annis HM.** Situational confidence questionnaire (SCQ-39). Addiction Research Foundation. Toronto;1982.
34. **Drobes DJ, Thomas SE.** Assessing craving for alcohol. Alcohol Research and Health 1999;23:179-186.
35. **Lowman C, Hunt W, Litten R, Drummond C.** Research perspectives on alcohol craving: an overview. Addiction 2000;95;2:45-54.
36. **Singleton EG, Henningfield JE, Tiffany S.** Alcohol Craving Questionnaire: ACQ-Now: background and administration manual. Baltimore: NIDA Addiction Research Centre; 1994.
37. **Bohn MJ, Kran DD y Staehler BA.** Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1995;19:600-606.
38. **Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM.** Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. Alcohol Clin Exp Res 1999;23:1289-1295.
39. **Clark D, James N, Petry N, Exner A, Williams A, Norman P.** The development and validation of a questionnaire on cravings and urges for alcohol. 1996.
40. **Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR.** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1012-1016.
41. **Anton R.** Obsessive-compulsive aspects of craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. Addiction 2000; 95; 2:211-217.
42. **Flannery B, Roberts A, Cooney N, Swift R, Anton R, Rohsenow D.** The Role of Craving in Alcohol Use, Dependence, and Treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2001;25:299-308.
43. **Stockwell TR, Sitharthan T, McGrath D, Lang E.** The measurement of alcohol dependence and impairment control in community samples. Addiction 1994;89:167-74

44. **Rubio G, Urosa B, Santo-Domingo J.** Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica* 1998;1;5:44-47.
45. **Heather N, Tebbutt JS, Mattick RP, Zamir R.** Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption: a preliminary report. *J Stud Alcohol* 1993;54:700-709.
46. **Skinner HA, Holt S.** Alcohol Dependence Scale (ADS) user's guide. Addiction Research Foundation. Toronto; 1984.
47. **Raistrick D, Dunbar G, Davidson R.** Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *B J Addict* 1983;78:89-95.
48. **Stockwell TR, Hodgson RJ, Edwards G, Taylor C, Rankin H.** The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Br J Addict* 1979;74:79-87.
49. **Rubio G, Urosa B, Rubio MC, Ulibarri S, Mata F.** Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica en población española. *An Psiquiatr* 1996;12:385-389.
50. **Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J.** Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev Clín Esp* 1998;198:4-11.
51. **Soler PA, et al.** *Clínica del Alcoholismo. En Freixa F.* Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Fontanella. Barcelona; 1981.
52. **White HR, Labouvie EW.** Towards the assessment of adolescent problem drinking. *J Stud Alcohol* 1989;50:30-37.
53. **Finney JW, Moos RH, Brennan PL.** The Drinking Problems Index: A measure to assess alcohol-related problems among older adults. *J Sub Abuse* 1991;3:395-404.
54. **Hurlburt SC, Sher KJ.** Assessing alcohol problems in college students. Presentado al Congreso anual de la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta, San Francisco, Noviembre 1990.

55. **Miller WR, Toningan JS, Longabaugh R. DrInC:** An Instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism;1994.
56. **Monrás M, Gual A, Palau N.** SADQ y APD. Validación de dos tests para evaluar la gravedad del alcoholismo. *Adicciones* 1997;9:507-528.
57. **Williams BT, Drummond DC.** The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. *Drug Alcohol Depend* 1994;35:239-243.
58. **Becoña E.** Bases científicas de la prevención de las Drogodependencias. Madrid: Editorial Ayuntamiento de la Municipalidad de Madrid; 2002.
59. **Gantiva C.- & Flórez-Alarcón,L.** Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *TIPICA, Boletín Electrónico de salud Escolar*; 2007.
60. **Lizarraga, S. & Ayarra, M.** Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación Moch. Ed. Médica Panamericana; 2001
61. **Prochaska JO, & DiClemente CC .** Stages and processes of self-change of smoking:Toward and integrative model of change. *J. Consult Clin Psychol* 1983;51:390-395
62. **Gantiva C, Gómez Villamizar C. & Flórez-Alarcón, L.** Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: Una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología* 2003;12:38-48.
63. **Miller WR & Rollnick S.** Motivational interviewing preparing people to change addictive behavior. New York. Guilford Press;1991
64. **Compton W, Thomas Y, Conway K.** Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *American Journal of Psychiatry* 2005;162-168.
65. **Clark D.** The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction* 2004;99:5-22

66. **Fulkerson JA, Harrison PA, and Beebe T J.** DSM-IV Substance Abuse and Dependence: Are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents. *Addiction* 1999; 94;4:495-506.
67. **Harrison P A, Fulkerson J A, and Beebe TJ.** DSM-IV Substance Use Disorder Criteria for Adolescents: A Critical Examination Based on a Statewide School Survey. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:486-492.
68. **Mack A H, and France, RJ.** Treatment of Alcohol Use Disorders in Adolescents. *Journal of Psychiatric Practice* 2003; 9:3.
69. **Monti P, Colby S, and O'Leary T.** Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse Reaching Teens Through Brief Interventions. The Guilford Press; 2001.
70. **MillerWR, Ph.D.** Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias, 1999; 99:33-54.
71. **Chamber, R., Taylor, J., and Potenza, M.** Developmental neurocircuitry in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:1041-1052.
72. **Bukstein, O.** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)* 2004; 25.
73. **Currie, J.,** and Focus Consultants for Canada's Drug Strategy Division. *Prácticas Óptimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas.* Canada's Drug Strategy Division Health;2001.
74. **Miller WR, y Tonigan JS.** Assessing drinker's motivation for change Readiness and Treatment Eagerness Scale(SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 1996;10: 81-89.

Anexos

I. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Titulo del Proyecto: Validación del Cuestionario Sobre Uso Personal de Bebidas Alcohólicas “SOCRATES”: Motivación al Cambio. En estudiantes Universitarios de Nivel Superior y Medio Superior con Dependencia al Alcohol.

Estoy enterado(a) que el propósito del presente estudio es investigar la validez y confiabilidad en el uso de la escala de SOCRATES en sujetos de la población estudiantil de nivel superior y medio superior que cumplan con criterios para dependencia alcohol, cuestionario que tiene por finalidad su uso posterior medir la disposición al cambio en el consumo de alcohol.

Con mi participación contribuiré a aportar información para la validación de la escala, es decir para determinar los rangos estadísticos para la calificación de la misma.

Mi participación consistirá en contestar fidedignamente los registros que me sean entregados en una sola ocasión, en los que utilizaré 10 minutos para responderlos.

Beneficios

Los fines de este estudio son de investigación. El estudio proporcionará información sobre el tema en investigación para su aplicación en estudios posteriores en población estudiantil universitaria, en riesgo de padecer un trastorno relacionado con el uso de alcohol.

Confidencialidad

Toda la información proporcionada será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información personal sólo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio y para fines del mismo y será destruida al finalizar el análisis de los datos.

Riesgos

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por parte de alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto y/o en su caso la asesoría de los aplicadores de los instrumentos psicométricos para contactar a la institución y al investigador responsable del proyecto.

He leído la hoja de información y entiendo de qué trata el estudio, de tal manera que acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencia alguna en mi persona o en la atención médica que recibo en esta institución. De la misma manera, mi información, que no conste en mi expediente, será destruida en el momento que yo decidiera no participar en el estudio.

Contacto

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a la Dra. Berenice Soria Macías al teléfono 56232129 o al celular 044 55 34496265 ó por correo electrónico soriaconsul6@hotmail.com.

Nombre y firma del participante

Investigador Principal

Testigo 1

Aplicador

Fecha: ____/____/2008.

II.... Otros anexos

CUESTIONARIO AUDIT.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- 0. Nunca
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. De 2 a 4 veces al mes
- 3. De 2 a 3 veces a la semana
- 4. Cuatro o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 0. Una o 2
- 1. Tres o 4
- 2. Cinco o 6
- 3. De 7 a 9
- 4. Diez o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

0. No

2. Sí, pero no en el curso del último año

4. Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

0. No

2. Sí, pero no en el curso del último año

2. Sí, pero en el curso del último año

Tabla 1. Evaluación del consumo

Motivación	<p>Perfil de bebida (CDP, Miller y Marlatt, 1984) Inventario del uso del alcohol (AUI, Horn et al, 1987) Inventario de situaciones de riesgo (IDS, Annis et al, 1987) Cuestionario de razones para beber (RDQ, Heather et al, 1991) Cuestionario de expectativas para beber (AEQ, Brown et al, 1980) Cuestionario de efectos del alcohol (AEQ, Rohsenow, 1983) Cuestionario de creencias sobre el alcohol (ABQ, Collins et al, 1990) Cuestionario de expectativas para beber (AEQ-A, Brown et al, 1987) Escala de actitudes hacia el alcohol en adolescentes (AAST, Torabi y Veenker, 1986). URICA (University of Rhode Island Change Assessment; Prochaska y Di Clemente, 1986) SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; Miller, 1993) El Cuestionario de disposición al cambio (RCQ, Rollnick et al, 1992)</p>
Situaciones relacionadas con el consumo	<p>Inventario de situaciones de bebida (IDS, Annis, 1982) Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI, Litman et al, 1977-88) Cuestionario de patrones de bebida (Zitter y McCrady, 1979)</p>
Variables cognitivas en relación al consumo	<p>El Cuestionario de seguridad ante las situaciones (Situational Confidence Questionnaire, SCQ, Annis, 1982). El Cuestionario de valoración cognitiva (Cognitive Appraisal Questionnaire, Annis, 1982). El Inventario de habilidades de afrontamiento (CRI, Litman et al, 1983) El inventario sobre la efectividad de las conductas de afrontamiento (ECBI, Litman et al, 1983) Cuestionario de expectativas sobre el alcohol (Alcohol Expectancy Questionnaire, Brown et al, 1980) Cuestionario de Información sobre el alcohol (Maciá Antón, 1986) Escala de efectos del alcohol (Alcohol Effects Scale, Southwick et al, 1981) Cuestionario sobre los efectos del alcohol (Leigh, 1987) Cuestionario de actitudes hacia el alcohol (Maciá Antón, 1986)</p>
Deseo por la bebida y pérdida de control	<p>Alcohol Craving Questionnaire (Singleton et al, 1996) Alcohol Craving Questionnaire-Now (ACQ-Now) (Singleton et al, 1995) Alcohol Urge Questionnaire (AUQ) (Bohn et al 1995) Penn Alcohol Craving Scale (PACS) (Flannery et al, 1999) Desire for Alcohol Questionnaire (DAQ) (Clark et al, 1996) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Heavy Drinking (Y-BOCS-hd) (Goldman et al, 1989) Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) (Anton et al, 1995-96)</p>
Dependencia	<p>Escala de dependencia del alcohol (ADS, Skinner y Horn, 1984) Datos sobre dependencia alcohólica (ADD, Raistrick et al, 1983) Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) (Stockwell et al, 1979) EIDA (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica)</p>
Problemas asociados al uso de alcohol	<p>Índice de problemas por el alcohol de Rutgers (RAPI, White y Labouvie, 1989) Índice de problemas por la bebida (DPI, Finney et al, 1991) Inventario de consecuencias por la bebida (DrInC, Miller et al, 1994) Cuestionario de problemas por el alcohol (APQ, Williams y Drummond, 1994)</p>
Entrevistas e instrumentos multidimensionales	<p>Inventario sobre el uso del alcohol (AUI, Horn et al, 1987) Índice de Severidad de la Adicción (ASI, McLellan et al, 1980) European Addiction Severity Index (EuropASI) (Kokkevi y Hartgers, 1995; Bobes et al, 1996), Comprehensive Drinking Profile (CDP, Miller y Marlatt, 1984) Programa para el diagnóstico de trastornos por uso de sustancias (SUDDS, Harrison y Hoffman, 1989) La entrevista estructurada de valoración de adicciones para seleccionar el tratamiento (ASIST, Addiction Research Foundation, 1984) El alcoholismo esencial-reactivo (ERA, Jacobson, 1976) La entrevista para sujetos alcohólicos de Ellis (Ellis et al, 1988) El Cuestionario de diagnóstico de abuso de drogas en adolescente (ADAD, Friedman y Utada, 1989) El Perfil de autoevaluación del adolescente (ASAP, Wanberg, 1991) El Inventario de experiencias personales (PEI, Winters y Henley, 1989)</p>

Cuestionario Sobre Su Uso Personal de Bebidas Alcohólicas (SOCRATES) (A)

INSTRUCCIONES: Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Cada una describe una manera en que usted quizás (o quizás no) se sienta de su consumo de bebidas alcohólicas. Para cada una, ponga un círculo alrededor de un número del 1 a 5, para indicar cuanto usted está o no está de acuerdo con esa declaración ahora mismo. Por favor ponga un círculo alrededor de un número y solamente un número para cada declaración.

FOR OFFICE USE ONLY	
_____	Study
_____	ID
_____	Point
_____	Date
_____	Raid
<small>50000A Revised 5/8/95 3 Pages</small>	

	No Estoy Muy de Acuerdo	No Estoy de Acuerdo	Indeciso(a) o Inseguro(a)	Estoy de Acuerdo	Estoy Muy de Acuerdo
1. Verdaderamente quiero hacer cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
2. Hay veces cuando me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas es demasiado.	1	2	3	4	5
3. Definitivamente tengo algunos problemas relacionados con mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
4. Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
5. Estuve tomando demasiado anteriormente, pero he podido cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
6. La única razón porque estoy aquí es porque alguien me hizo venir.	1	2	3	4	5
7. A veces me pregunto si soy un(a) alcohólico(a).	1	2	3	4	5
8. Verdaderamente quiero hacer algo acerca de mi uso de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
9. No solamente estoy pensando de cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas, ya estoy haciendo algo.	1	2	3	4	5
10. Ya he cambiado mi consumo de bebidas alcohólicas, y estoy buscando maneras para evitar de volver a mi patrón viejo.	1	2	3	4	5
11. Tengo problemas serios con bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5

	No Estoy Muy de Acuerdo	No Estoy de Acuerdo	Indeciso(a) o Inseguro(a)	Estoy de Acuerdo	Estoy Muy de Acuerdo
12. A veces me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas está lastimando a otra gente.	1	2	3	4	5
13. Tomo bebidas alcohólicas demasiado a veces.	1	2	3	4	5
14. Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
15. Tuve problemas con alcohol anteriormente, pero ya no.	1	2	3	4	5
16. Creo que necesito estar viniendo a tratamiento para ayuda con mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
17. Me pregunto si las bebidas alcohólicas son buenas para mí.	1	2	3	4	5
18. Si no cambio mi consumo de bebidas alcohólicas pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	4	5
19. Ya he estado tratando de cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas y estoy aquí para obtener más ayuda.	1	2	3	4	5
20. Ahora que he cambiado mi consumo de bebidas alcohólicas es importante para mí a mantener los cambios que he hecho.	1	2	3	4	5
21. Sé que tengo un problema con las bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
22. No estoy seguro(a) si mi consumo de bebidas alcohólicas es demasiado.	1	2	3	4	5
23. Definitivamente es tiempo de hacer algo de los problemas que he estado teniendo con el consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
24. He empezado a llevar a cabo un plan para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
25. Quiero ayuda para evitar de volver a los problemas con bebidas alcohólicas que tenía antes.	1	2	3	4	5
26. Soy más o menos normal en mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5

	No Estoy Muy de Acuerdo	No Estoy de Acuerdo	Indeciso(a) o Inseguro(a)	Estoy de Acuerdo	Estoy Muy de Acuerdo
27. A veces me pregunto si estoy en control de mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
28. Soy un(a) alcohólico(a).	1	2	3	4	5
29. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
30. Estoy preocupado(a) que mis problemas anteriores con mi consumo de bebidas alcohólicas puedan volver.	1	2	3	4	5
31. He tenido más dificultades por causa del consumo de bebidas alcohólicas que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
32. No creo que tengo un problema con el consumo de bebidas alcohólicas, pero hay veces cuando me pregunto si tomo alcohol de masiado.	1	2	3	4	5
33. Tengo un problema con el consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
34. Yo sé que mi consumo de bebidas alcohólicas a causado problemas, y estoy tratando de hacer algo acerca de esto.	1	2	3	4	5
35. He hecho algunos cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas, y quiero ayuda para seguir.	1	2	3	4	5
36. Mis problemas son por lo menos parcialmente debidos a mi propio consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
37. No sé si debería de cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
38. Mi consumo de bebidas alcohólicas esta causando mucho daño.	1	2	3	4	5
39. Tengo un problema serio con el consumo de bebidas alcohólicas, y ya he empezado a vencerlo.	1	2	3	4	5
40. Estoy sobrio(a), y quiero mantenerme así.	1	2	3	4	5

Translated by: Roberta Chavez, Vanessa Lopez, Alicia Gallegos

Personal Drinking Questionnaire (SOCRATES 7A)

INSTRUCTIONS: Please read the following statements carefully. Each one describes a way that you might (or might not) feel about your drinking. For each statement, circle one number from 1 to 5, to indicate how much you agree or disagree with it right now. Please circle one and only one number for every statement.

FOR OFFICE USE ONLY	
_____	Study
_____	ID
_____	Point
_____	Date
_____	Raid
SOCOOA- Revised 5/8/95 3 Pages	

Circle only one:	Strongly Disagree	Disagree	Undecided or Unsure	Agree	Strongly Agree
1. I really want to make changes in my drinking.	1	2	3	4	5
2. There are times when I wonder whether I drink too much.	1	2	3	4	5
3. I definitely have some problems related to my drinking.	1	2	3	4	5
4. I have already started making some changes in my drinking.	1	2	3	4	5
5. I was drinking too much at one time, but I've managed to change my drinking.	1	2	3	4	5
6. The only reason I'm here is that somebody made me come.	1	2	3	4	5
7. Sometimes I wonder if I am an alcoholic.	1	2	3	4	5
8. I really want to do something about my drinking	1	2	3	4	5
9. I'm not just thinking about changing my drinking, I'm already doing something about it.	1	2	3	4	5
10. I have already changed my drinking, and I am looking for ways to keep from slipping back to my old pattern.	1	2	3	4	5
11. I have serious problems with drinking.	1	2	3	4	5
12. Sometimes I wonder if my drinking is hurting other people.	1	2	3	4	5
13. I drink too much at times.	1	2	3	4	5

Circle only one:	Strongly Disagree	Disagree	Undecided or Unsure	Agree	Strongly Agree
14. I am actively doing things now to cut down or stop drinking.	1	2	3	4	5
15. I used to have problems with alcohol, but not any more.	1	2	3	4	5
16. I think I need to be coming to treatment for help with my drinking.	1	2	3	4	5
17. I question whether drinking is good for me.	1	2	3	4	5
18. If I don't change my drinking soon, my problems are going to get worse.	1	2	3	4	5
19. I have already been trying to change my drinking, and I am here to get more help with it.	1	2	3	4	5
20. Now that I have changed my drinking, it is important for me to hold onto the changes I've made.	1	2	3	4	5
21. I know that I have a drinking problem.	1	2	3	4	5
22. I am uncertain whether I drink too much.	1	2	3	4	5
23. It is definitely time for me to do something about the problems I have been having with alcohol.	1	2	3	4	5
24. I have started to carry out a plan to cut down or stop my drinking.	1	2	3	4	5
25. I want help to keep from going back to the drinking problems that I had before.	1	2	3	4	5
26. I am a fairly normal drinker.	1	2	3	4	5
27. Sometimes I wonder if I am in control of my drinking.	1	2	3	4	5
28. I am an alcoholic.	1	2	3	4	5
29. I am working hard to change my drinking.	1	2	3	4	5
30. I am worried that my previous problems with drinking might come back.	1	2	3	4	5

Circle only one:	Strongly Disagree	Disagree	Undecided or Unsure	Agree	Strongly Agree
31. I've had more trouble because of my drinking than most people do.	1	2	3	4	5
32. I don't think I have "a problem," but there are times when I wonder if I drink too much.	1	2	3	4	5
33. I am a problem drinker.	1	2	3	4	5
34. I know that my drinking has caused problems, and I am trying to do something about it.	1	2	3	4	5
35. I have made some changes in my drinking, and I want some help to keep from going back to the way I used to drink.	1	2	3	4	5
36. My problems are at least partly due to my own drinking.	1	2	3	4	5
37. I don't know whether or not I should change my drinking.	1	2	3	4	5
38. My drinking is causing a lot of harm.	1	2	3	4	5
39. I have a serious problem with drinking, and I have already started to overcome it.	1	2	3	4	5
40. I'm sober, and I want to stay that way.	1	2	3	4	5

FOR OFFICE USE ONLY	
_____	Study
_____	ID
_____	Point
_____	Date
_____	Raid
SOCSCOR - Revised 4/10/99 1 Page	

SOCRATES Scoring Form
All 40-Item Versions (7A and 7D)

Transfer the clients' answers from questionnaire (see note below):

	P Scale	C Scale	D Scale	A Scale	M Scale
	*1_____	2_____	3_____	4_____	5_____
	6_____	7_____	8_____	9_____	10_____
	*11_____	12_____	13_____	14_____	15_____
	*16_____	17_____	18_____	19_____	20_____
	*21_____	22_____	23_____	24_____	25_____
	26_____	27_____	28_____	29_____	30_____
	*31_____	32_____	33_____	34_____	35_____
	*36_____	37_____	38_____	39_____	40_____
TOTALS	P_____	C_____	D_____	A_____	M_____

Possible score range = 8 - 40 on each of the five scales

IMPORTANT SCORING NOTE

For items 1, 11, 16, 21, 31, and 36 (also marked with *) reverse the direction of scoring before recording the raw score.

If the client circled:	You record above:
5	1
4	2
3	3
2	4
1	5

For all other items (not marked with *) simply transfer the answer that the client circled.

Personal Drinking Questionnaire (SOCRATES 8A)

INSTRUCTIONS: Please read the following statements carefully. Each one describes a way that you might (or might not) feel *about your drinking*. For each statement, circle one number from 1 to 5, to indicate how much you agree or disagree with it *right now*. Please circle one and only one number for every statement.

	NO! Strongly Disagree	No Disagree	? Undecided or Unsure	Yes Agree	YES! Strongly Agree
1. I really want to make changes in my drinking.	1	2	3	4	5
2. Sometimes I wonder if I am an alcoholic.	1	2	3	4	5
3. If I don't change my drinking soon, my problems are going to get worse.	1	2	3	4	5
4. I have already started making some changes in my drinking.	1	2	3	4	5
5. I was drinking too much at one time, but I've managed to change my drinking.	1	2	3	4	5
6. Sometimes I wonder if my drinking is hurting other people.	1	2	3	4	5
7. I am a problem drinker.	1	2	3	4	5
8. I'm not just thinking about changing my drinking, I'm already doing something about it.	1	2	3	4	5
9. I have already changed my drinking, and I am looking for ways to keep from slipping back to my old pattern.	1	2	3	4	5
10. I have serious problems with drinking.	1	2	3	4	5

	NO! Strongly Disagree	No Disagree	? Undecided or Unsure	Yes Agree	YES! Strongly Agree
11. Sometimes I wonder if I am in control of my drinking.	1	2	3	4	5
12. My drinking is causing a lot of harm.	1	2	3	4	5
13. I am actively doing things now to cut down or stop drinking.	1	2	3	4	5
14. I want help to keep from going back to the drinking problems that I had before.	1	2	3	4	5
15. I know that I have a drinking problem.	1	2	3	4	5
16. There are times when I wonder if I drink too much.	1	2	3	4	5
17. I am an alcoholic.	1	2	3	4	5
18. I am working hard to change my drinking.	1	2	3	4	5
19. I have made some changes in my drinking, and I want some help to keep from going back to the way I used to drink.	1	2	3	4	5

**Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento
(SOCRATES 8A)**

Versión en Español

	¡No! Fuertemente en Desacuerdo	No en Desacuerdo	? Indeciso o Inseguro	Sí de Acuerdo	¡Sí! Fuertemente de Acuerdo
1. Realmente quiero cambiar hacer cambios en mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
2. Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico.	1	2	3	4	5
3. Si no cambio mi consumo de bebida pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	4	5
4. Ya he comenzado a hacer algunos cambios en mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
5. Estaba bebiendo demasiado de golpe, pero he logrado cambiar mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
6. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está haciendo daño a otras personas.	1	2	3	4	5
7. Yo soy un bebedor problemático.	1	2	3	4	5
8. No sólo estoy considerando hacer algo con la bebida, ya estoy haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
9. Ya he cambiado mi consumo, y estoy buscando maneras de no caer en el viejo patrón.	1	2	3	4	5
10. Tengo serios problemas con mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5

11. Algunas veces me pregunto si tengo control de mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
12. Mi consumo de bebida está provocando muchos daños.	1	2	3	4	5
13. Estoy haciendo cosas activamente para reducir el consumo de bebida o dejar de beber.	1	2	3	4	5
14. Quiero ayuda para no volver a los problemas que tenía con la bebida.	1	2	3	4	5
15. Sé que tengo problemas con la bebida.	1	2	3	4	5
16. A veces me pregunto si bebo demasiado.	1	2	3	4	5
17. Soy un alcohólico.	1	2	3	4	5
18. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
19. He hecho algunos cambios en mi consumo, y quiero ayuda para evitar volver a beber como solía hacerlo.	1	2	3	4	5

Formulario de Puntuación de SOCRATES (Versión 8, 19 ítems)

Transfiera las respuestas del cliente al cuestionario (véase la información más adelante):

	Reconocimiento	Ambivalencia	Tomando Pasos
	1 _____	2 _____	4 _____
	3 _____	5 _____	
		6 _____	
	7 _____		8 _____
		9 _____	
	10 _____	11 _____	
	12 _____		13 _____
		14 _____	
	15 _____	16 _____	
	17 _____		18 _____
			19 _____
Totales:	Re: _____	Am: _____	 Tp: _____
Escala			
Posible:	7-35	4-20	8-40

Hoja de Perfil de SOCRATES (Versión 8, 19 ítems)

INSTRUCCIONES: Transfiera del Formulario de Puntuación de SOCRATES (la versión de 19 ítems), las puntuaciones de la escala total a los recuadros vacíos en la parte de abajo de la Hoja de Perfil. Luego, para cada una de las escalas, CIRCULE el mismo valor por encima de éste para determinar la escala en dígitos de 10.

PUNTUACIONES EN DIGITOS DE DIEZ	Reconocimiento	Ambivalencia	Tomando Pasos
90 (Muy Alta)		19-20	39-40
80		18	37-38
70 (Alta)	35	17	36
60	34	16	34-35
50 (Mediana)	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 (baja)	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 (Muy Baja)	7-26	4-8	8-25
PUNTUACIONES SIN ELABORAR (de la Hoja de Puntuaciones)	Re=	Am=	Tp=