



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**DIFERENCIAS POR SEXO, EDAD Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL, MEDIANTE LA
VALIDACIÓN DEL ISCA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

EMMANUEL SAID BAEZA TORRES

DIRECTORA:

DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

COMITÉ:

DRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. VIOLETA FELIX ROMERO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

JUNIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Epidemiología	5
Capítulo 2. Trastorno por consumo de alcohol	12
2.1 Bebidas alcohólicas: costos y beneficios	12
2.2 Alcoholismo o síndrome de dependencia del alcohol	15
2.3 Trastornos relacionados con el alcohol	16
2.3.1 Síndrome de Wernicke-Korsakoff, Síndrome de Korsakoff y Encefalopatía de Wernicke	23
2.4 Etiología de los problemas de consumo	27
2.5 Factores de consumo y dependencia entre hombres y mujeres	31
Capítulo 3. Terapia cognitivo conductual para el consumo de alcohol	36
3.1 Teoría del aprendizaje social	36
3.1.1 Bases teóricas de la conducta adictiva	40
3.1.2 Situaciones de riesgo de consumo de alcohol	42
3.1.3 Clasificación de las situaciones de riesgo	45
3.2 Tratamiento cognitivo conductual para prevención de recaídas en consumo de alcohol	53
3.2.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	56
3.2.2 Método del entrenamiento en habilidades	66
3.2.3 Meta del tratamiento: ¿abstinencia o consumo de bajo riesgo?	68
3.2.4 Intervenciones breves: bebedores problema	69
3.3 Re-conceptualización del modelo cognitivo conductual en prevención de recaídas	74
Capítulo 4. Evaluación de situaciones de riesgo que precipitan el consumo de alcohol	78
4.1 Inventory Drinking Situation (IDS)	78
4.1.1 Propiedades psicométricas	80
4.1.2 Perfiles de riesgo del IDS	81
4.1.3 Adaptaciones y aplicaciones realizadas del IDS	82
4.2 Inventario situacional de consumo de alcohol	85
4.2.1 Descripción del instrumento	85
4.2.2 Perfil del usuario	87
4.2.3 Adaptación en México y uso en otros países	87
JUSTIFICACIÓN	93
MÉTODO I	97
RESULTADOS I	99
METODO II	118
RESULTADOS II	126
DISCUSIÓN	128
CONCLUSIONES	137
REFERENCIAS	139
ANEXOS	156

Agradecimientos.

Antes que nada agradezco Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y estar sano en todo este proceso de maestría. A mi tutora la Dra. Sara Cruz por todo el apoyo que me brindó y el estar al pendiente de todos mis avances y logros en la maestría. A mis padres y familia biológica y externa que continúan apoyándome en mi camino académico y profesional. A mis maestros, principalmente a la Mtra. Lety Echeverría porque sin su apoyo nada de esto se hubiera logrado, a la profesora Rebeca Monroy por haberme dado la oportunidad de crecer como docente y todo el apoyo e ideas que me brindó para trabajos académicos que posteriormente espero realizar. A mis amigos de generación Gerry, Denys, Monis, Danys, Dana y David, por todos los momentos divertidos, tristes, existenciales y personales que vivimos juntos a lo largo de la maestría y que se creó más que una amistad. A mis amigos de toda la vida como Liliana, Carmen y Omar, a los del cubículo 13 que fui conociendo a lo largo de este camino que hicieron mi vida un poco más divertida y menos tensa. A todos aquellos que contribuyeron de alguna manera aportando un granito a mi vida de experiencias, diversión, y armonía

Muchas gracias!!!

Resumen

El consumo nocivo de alcohol conlleva consecuencias sociales, económicas, familiares y laborales (OMS, 2010). No obstante, no se cuenta con un instrumento validado en México en población consumidora de alcohol, que mida situaciones que precipitan el consumo del mismo. El presente estudio se dividió en dos fases, la primera fue la validación del Inventario situacional de consumo de alcohol (ISCA); y la segunda fue establecer diferencias entre edad, sexo y nivel de dependencia con las ocho situaciones del ISCA. Se obtuvo una muestra de 592 (88.2% hombres y 11.8% mujeres), cuyas edades oscilaron entre los 18 y 30 años de edad, con una media de edad de 21.13 años (D.E.= 2.26) que solicitaron atención psicológica por problemas con su consumo de alcohol, de los cuales el 66.2% reportó dependencia baja y el 33.8% dependencia moderada. En cuanto a los resultados, en la primera fase se realizó un análisis confirmatorio de máxima verosimilitud robusta con el que se obtuvo un instrumento válido (0.95) y confiable (0.96) con una varianza explicada del 59%; En la segunda fase, se utilizó un diseño no experimental y transversal de comparación entre sexo, edad y nivel de dependencia, cuyos resultados fueron significativos $p < .05$ en mujeres a diferencia de los hombres, con las situaciones de emociones desagradables, conflictos con otros, malestar físico y búsqueda de placer sexual; las situaciones de conflictos con otros, búsqueda de placer sexual, emociones agradables y desagradables, se relacionó con un nivel de dependencia moderado. Finalmente, se obtuvo un instrumento válido y confiable aplicable en intervenciones breves para consumo de alcohol y se identificó a las mujeres, a diferencia de los hombres, como un grupo vulnerable de riesgo de consumo de alcohol y niveles altos de dependencia, en el que se pueden aplicar intervenciones psicológicas focalizadas considerando las diferencias individuales.

Abstract

Damaging alcohol consumption has social, economic, family and labor consequences (WHO, 2010). However, there isn't any test validated in Mexico in people that consume alcohol, which measures situations that precipitate the alcohol consumption. The present study was divided into two phases, the first one, was the validation of the Situational Inventory of Alcohol Consumption (ISCA); and the second one, was to establish differences between age, sex and level of dependency with the eight ISCA situations. A sample of 592 (88.2% males and 11.8% females) was gotten, whose ages ranges was from 18 to 30 years old, with a mean age of 21.13 years (SD = 2.26) who required psychological attention due to problems with their alcohol consumption, of which 66.2% reported low dependence and 33.8% moderate dependence. Regarding the results, in the first phase was made a confirmatory analysis of robust maximum likelihood and was obtained a valid instrument (0.95) and reliable (0.96) with a variance explained of 59%; In the second phase, was made a non-experimental and cross-sectional design, between sex, age and dependence level, whose results were significant $p < .05$ in women as opposed to men, mainly with situations of unpleasant emotions, conflicts with others, physical discomfort and sexual pleasure; in the other hand, conflicts with others, sexual pleasure, pleasant and unpleasant emotions, was related to a moderate level of dependence. Finally, it was gotten a valid and reliable test, which can be used in short-term interventions to treating alcohol consumption; and women were identified, as a risk group of alcohol consumption and high levels of dependence, in which can be applied psychological interventions considering individual differences.

Introducción

El término recaída proviene de un modelo médico, el cual indica un regreso a un estado de enfermedad después de un periodo de remisión. Sin embargo, esta definición ha sido diluida y aplicada a una variedad de comportamientos, desde el abuso de alcohol hasta padecimientos psiquiátricos como la esquizofrenia.

En los individuos con intentos por cambiar un comportamiento problemático (consumo de alcohol, o evitación relacionada con un trastorno psiquiátrico), presentan con frecuencia la ocurrencia de una caída (se deja de presentar en su totalidad el comportamiento de cambio). Un posible resultado, ante esta caída sería el regreso al patrón de comportamiento problemático previo (llamado recaída). Otro posible resultado sería que el individuo se “*reencamine*” en la dirección de un cambio positivo es decir sin presentar caídas.

De cualquier forma en que se defina el concepto de recaída, la bibliografía sobre trastornos del comportamiento indica que la recaída podría ser el común denominador en el tratamiento de problemas psicológicos. Esto quiere decir que muchos de los individuos que hacen un intento de cambiar su comportamiento ante un objetivo fijado (bajar de peso, reducir su hipertensión, parar de fumar, etc.) podrían experimentar caídas que conducirían a su vez a recaídas (Polivy & Herman, 2002).

En cuanto al proceso que lleva a la recaída, es importante señalar que los individuos que “*eligen*” consumir nuevamente pueden ser vulnerables ante el efecto llamado violación de la abstinencia, que en inglés se le conoce como “*abstinence violation effect*” (AVE), el cual suele llevar a sentimientos de culpa y pérdida de control percibido (auto eficacia), a comparación de los individuos que “*violan*” las reglas de no beber, las cuales son auto impuestas y no resultan de un programa de tratamiento enfocado hacia la abstinencia (Marlatt & Donovan, 2005).

Más específicamente, el AVE contiene un componente afectivo y cognitivo, el componente afectivo está relacionado con sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza, a menudo provocados por la discrepancia entre la identidad previa en la que el individuo se percibe como abstemio y el comportamiento presente de haber consumido. El componente cognitivo se basa en la teoría atribucional de Weiner (1974), la cual asume que si el individuo atribuye la falla a factores internos, globales e incontrolables, entonces se intensifica el riesgo de una recaída.

Ahora bien, si el individuo ve la caída como algo externo, inestable y controlable, la probabilidad de una recaída disminuye. Además, si la persona ve la caída como una experiencia de aprendizaje es más probable que experimente con más estrategias de afrontamiento en el futuro, lo que puede dar lugar a respuestas más eficaces en situaciones de alto riesgo (Marlatt & Donovan, 2005).

En el año de 1980 Marlatt desarrolla el modelo cognitivo-conductual de recaídas, con el que obtuvo información cualitativa muy detallada de 70 hombres con consumo crónico de alcohol, con respecto a la situación principal que desencadenaba el volver a iniciar el consumo de alcohol durante los primeros 90 días después de su alta de un tratamiento basado en abstinencia.

Basado en esta información Marlatt (1980), desarrolló una taxonomía detallada de situaciones de alto riesgo basada en 8 sub-categorías de determinantes de “caídas”. Partiendo de esta taxonomía Marlatt propuso el primer modelo cognitivo-conductual del proceso de recaídas (Marlatt & Donovan, 2005) el cual se centra en las respuestas de los individuos dentro de una situación de alto riesgo. Los componentes incluyen la interacción entre personas (afecto, estrategias de enfrentamiento, auto eficacia, expectativas) y situaciones de riesgos ambientales (influencia social, disponibilidad de la sustancia). Además de aspectos intrapersonales (emociones, cogniciones y estímulos sensoriales).

El modelo cognitivo conductual y la taxonomía de los precipitadores de recaídas, se desarrollaron inicialmente como bases de una intervención diseñada para prevenir y manejar las recaídas en individuos que recibieron tratamiento para el consumo de alcohol.

La prevención en recaídas combina el entrenamiento de técnicas conductuales además de intervenciones cognitivas diseñadas con el objetivo de impedir o limitar la aparición de episodios de recaída. El tratamiento en prevención de recaídas comienza con la evaluación del potencial interpersonal, intrapersonal, ambiental, los riesgos fisiológicos de recaída y los factores o situaciones que pueden precipitar una recaída (Marlatt, 1996).

Una vez que se identifican los posibles desencadenantes de recaídas y las situaciones de alto riesgo, se implementan las estrategias cognitivas y conductuales, las cuales son divididas en intervenciones específicas y globales de autogestión. Las intervenciones específicas incluyen la enseñanza de estrategias de afrontamiento más eficaces, mejorando la auto-eficacia, y el fomento de dominio sobre los resultados exitosos.

Del mismo modo, se discute el AVE y se prepara a los usuarios para las “caídas” esto podría servir para prevenir un episodio de recaída mayor. El manejo de las “caídas” consiste en un procedimiento de emergencia que necesita aplicarse ante el evento en que ocurre la “caída”. Es fundamental enseñar a los usuarios a reestructurar sus pensamientos negativos sobre las “caídas”, a no percibir las como un fracaso o falta de fuerza de voluntad. La educación sobre el proceso de recaída y la probabilidad de que se produzca una “caída” podría preparar mejor a los usuarios en los intentos de dejar la sustancia en cuestión.

El terapeuta y el cliente pueden trabajar juntos en el desarrollo de "*hojas de ruta de recaída*", esto es el análisis de posibles resultados en la conducta del usuario que pueden estar asociados con diferentes situaciones de alto riesgo. El mapeo de los posibles escenarios puede ayudar a preparar a los usuarios para afrontar situaciones y utilizar respuestas de afrontamiento adecuadas. El ejercicio de identificar y ensayar posibles situaciones de alto riesgo y con estrategias de afrontamiento eficaces está diseñado para mejorar la autoeficacia del cliente y prevenir la incidencia de una caída (Marlatt & Donovan, 2005).

En base a la teoría de Marlatt y las ocho situaciones de riesgo se desarrolla el *Inventory Drinking Situations* (IDS), el cual surge debido a la falta de métodos estandarizados para examinar situaciones que anteceden y representan un riesgo para el consumo de alcohol; dicho instrumento fue validado en población adulta con un problema de consumo excesivo (Annis, 1982).

El IDS consta de 8 sub escalas: conflicto con otros, emociones displacenteras, evaluación del control personal, malestar físico, momentos agradables con otros, emociones placenteras, presión social para beber, urgencia y tentación para beber, dichas sub-escalas están agrupadas en 4 perfiles: 1) perfil negativo: son los usuarios que tienen un consumo excesivo de alcohol debido principalmente a emociones displacenteras y conflictos con otros; 2) perfil positivo: son los usuarios cuyos antecedentes del consumo excesivo de alcohol son emociones placenteras, presión social al beber y momentos agradables con otros; 3) perfil de baja evaluación del control personal: son usuarios con un perfil indiferenciado caracterizado únicamente por una ausencia de uso de alcohol con el fin de evaluar la fuerza de voluntad o el control personal; y 4) perfil de bajo displacer físico: usuarios nuevamente con un perfil no diferenciado caracterizado por muy poco uso de alcohol como auto medicación del malestar físico (Annis, 1982).

Con base en dicho instrumento se desarrolló una versión adaptada al español llamada inventario situacional de consumo de alcohol (ISCA), el cual mide situaciones específicas de consumo de alcohol, las cuales pueden identificarse en un individuo como situaciones de alto riesgo que precipitan el consumo y conducen a una recaída (Annis, 1982). El ISCA puede utilizarse como una herramienta para planear un tratamiento y para prevenir recaídas, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo con consumo excesivo de alcohol (Echeverría-San Vicente, Oviedo & Ayala-Velázquez, 1998). Sin embargo, dicho instrumento no se encuentra aún validado en población mexicana y es el objetivo primordial de esta investigación.

Capítulo 1. Epidemiología

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia; se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. De acuerdo con la *Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de alcohol* elaborada por la OMS en 2010, el consumo nocivo de alcohol conlleva a una pesada carga tanto social como económica para las sociedades y también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo: familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos.

Asimismo, considera que el contexto en el que se propicia el consumo de alcohol y en ocasiones la calidad del alcohol consumido desempeñan un papel importante en la aparición de daños, en particular los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica.

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones de consumo de alcohol que son diferentes pero están relacionadas: el volumen total de alcohol consumido y las características de la forma de beber (OMS, 2010).

El *Informe Sobre la Situación Mundial de Alcohol y Salud* elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2014), reporta que en 2010, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro en hombres, y 8,9 litros en mujeres. Además dicho informe refiere que el alcohol es un factor causal en más de 200 problemas de salud, tales como: enfermedades físicas, alcoholismo, cirrosis, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, del comportamiento, traumatismos derivados de violencia y accidentes de tránsito.

Cabe mencionar que una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular a los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes.

En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible a dicho consumo, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad. Además, en cuanto a la totalidad de defunciones a nivel mundial en el 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9%, se atribuyen al consumo de alcohol. En cuanto al grupo de edad se reporta una edad relativamente temprana, en el grupo etario de 20 a 39 años un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

Además, existen diferencias por sexo en lo referente a mortalidad y morbilidad, ya que el porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres, con esto podemos observar que los hombres siguen siendo los más afectados. Sin embargo, es de importancia que las mujeres igual presentan un porcentaje considerable de defunciones.

Es importante destacar que recientemente se han establecido relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA. Además, el consumo de alcohol por parte de una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales (OMS, 2014).

A nivel nacional y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), la percepción de riesgo del alcohol entre la población ha estado disminuyendo desde tiempo atrás; en tanto que la tolerancia social se ha incrementado, lo cual es congruente con la tendencia al incremento del consumo de esta sustancia.

De acuerdo a la tendencia nacional del consumo de alcohol, con respecto a las tres prevalencias de consumo, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia *alguna vez en la vida* pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia *en los últimos doce meses* de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del *último mes* ya que pasó de 19.2% a 31.6%.

Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia al incremento como la que se detecta del 2002 al 2011. Así la prevalencia *alguna vez en la vida* en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del *último año* en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 de 55.9% a 62.7%. Por último, la prevalencia del *último mes* entre 2002 y 2011 aumentó en hombres de 33.6% a 44.3% y en mujeres de 7.4% a 19.7%.

En cuanto al patrón de consumo, se observaron variaciones importantes de 2002 a 2011 ya que el consumo diario disminuyó de 1.4% a .8%, el índice de bebedores consuetudinarios también muestra una disminución mínima del 5.6% al 5.4%. Sin embargo, el porcentaje de dependencia incrementó significativamente de 4.1% a 6.2%. Es importante señalar que el índice de consumidores altos se mantuvo estable entre 2008 y 2011 (32.0% y 32.8%).

En lo referente a la prevalencia en dependencia por sexo, las tendencias son muy similares ya que de 2002 a 2011 la dependencia aumentó en los hombres de 8.3% a 10.8% y en las mujeres se triplicó de 0.6% a 1.8%, el consumo consuetudinario en hombres se mantuvo estable de 9.7% y 9.6% y en las mujeres disminuyó de 2.3% a 1.4%; mientras que el consumo diario también se redujo significativamente en ambos sexos. En relación al consumo alto, se observó que del 2008 a 2011 en los hombres aumentó del 45% a 47.2%, mientras que en las mujeres se mantuvo igual 19.9% y 19.3%.

En cuanto a la tendencia en población adolescente de 12 a 17 años se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo *alguna vez* pasó de 35.6% a 42.9%, en *el último año* de 25.7% a 30.0% y en *el último mes* de 7.1% a 14.5%.

Esta misma tendencia se observó en hombres y en mujeres, en el consumo del último mes, ya que incrementó en hombres de 11.5% a 17.4% y en mujeres de 2.7% a 11.6%. También se observó que del 2002 a 2011 el índice de dependientes en adolescentes registró un incremento significativo del 2.1% a 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual.

El consumo diario se mantuvo con prevalencias muy bajas en adolescentes de ambos sexos, el consumo consuetudinario bajó y la dependencia en los hombres se duplicó de 3.5% a 6.2% y en las mujeres se triplicó de un 0.6% hasta un 2%. En tanto que el consumo alto de 2008 a 2011 no tuvo crecimientos significativos en ambos sexos.

De 2008 a 2011, en los hombres aumentó la prevalencia de *alguna vez* de 80.8% a 88.1% y del *último año* creció significativamente de un 62.6% a 69.3%, mientras que el consumo en los *últimos 30 días* aumentó significativamente de 39.7% a 50.0%. En las mujeres el aumento de alcohol fue significativo en las tres prevalencias de consumo de 2002 a 2011: siendo de 58.8% a 67% en *alguna vez*, 37.1% a 43.2% en los *últimos 12 meses* y 8.5% a 21.2% en los *últimos 30 días*.

Se observó esta misma tendencia hacia el incremento en la dependencia al consumo de alcohol tanto en hombres y mujeres, por un lado en los hombres incrementó del 9.6% a un 11.8%, y en mujeres de 0.7% a 1.7%. En lo que respecta al consumo consuetudinario se mantuvo estable en hombres de 11.8% y 11.3% y en mujeres disminuyó de un 2.4% al 1.6%. Finalmente, el consumo diario bajó y el consumo alto se mantuvo igual entre 2008 y 2011 en ambos sexos.

En cuanto a las tendencias en población adulta de 18 a 65 años. El uso de alcohol fue mayor que en el adolescente y aumentó significativamente de 2002 a 2011. La prevalencia *alguna vez* pasó de 72% a 77.1%, en tanto la prevalencia en los *últimos doce meses* incrementó de 51.3% a 55.7% y la del *último mes* pasó de 22.2% a 35%.

Con respecto al patrón de consumo en población adulta, se encontró que del 2002 a 2011 el consumo diario se mantuvo igual, el consuetudinario es menor en el 2011, y la dependencia aumentó significativamente al pasar de 4.6% a 6.6%, mientras que el consumo alto entre 2008 y 2011 se mantuvo igual.

En cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol, en el 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, mencionó que lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%. Respecto a otros grupos de edad, el 45.7% en 2008 y el 38.9% en 2011 iniciaron entre los 18 y 25 años. Sólo el 5.3% en 2008 y el 5.9% en 2011 consumieron alcohol por primera vez entre los 26 y 65 años.

Los resultados por sexo muestran que en 2008 el 56.8% de los hombres y el 38.9% de las mujeres iniciaron su consumo de alcohol a los 17 años o menos, en 2011 estos porcentajes aumentaron a 64.9% y 43.3% respectivamente. Al analizar el promedio de la edad de inicio del consumo de alcohol, este valor es a los 18 años y se ha mantenido estable de 2008 a 2011.

Ahora bien, se distinguen variaciones, particularmente en los hombres, ya que en ellos se dio un decremento significativo en este periodo, debido a que la media de edad de inicio en el consumo de alcohol en 2008 fue a los 16.95 años y en 2011 disminuyó a los 16.62 años. En las mujeres, la media de edad fue similar en las dos encuestas permaneciendo alrededor de los 19 años.

En cuanto a las variaciones regionales del consumo de alcohol, los resultados de la ENA 2011 muestran que en la región Centro el consumo *alguna vez* en la vida fue de 76.9% y en *el último año* de 57% superior al promedio nacional. Mientras que en la región sur se encuentran las prevalencias más bajas de 59% y 37.3%, respectivamente.

En las mujeres se observaron las mismas variaciones regionales en el consumo *alguna vez*, sin embargo, en el último año el consumo fue mayor en la Ciudad de México y más bajo en la región Sur, Centro Sur y Nororiental. En los hombres, en las regiones Norcentral y Centro, presentan los más altos consumo de estos dos indicadores, en ellos se mantiene que la región tiene las prevalencias más bajas.

Al analizar el indicador de consumo alto, los resultados muestran una prevalencia mayor al promedio nacional en las regiones Noroccidental de 38.5% y Norcentral de un 37.0%, en comparación con la región Sur de 25.6% que presenta el consumo más bajo. En los hombres el consumo alto fue mayor en las regiones Norcentral (54.3%), Noroccidental (53.9%) y más bajo en la Ciudad de México con el 39.2% y en la región Sur reporta el 35.9%; mientras que en las mujeres, este consumo alto se mantuvo estable en todas las regiones con prevalencias que oscilaron alrededor del promedio nacional de 19.3%.

En cuanto al consumo diario en adultos, la cual es una práctica poco frecuente en nuestro país, se encontraron prevalencias muy bajas del 0.8%, tanto en hombres (1.4%) como en mujeres (0.2%), sin presentarse grandes variaciones regionales.

Con respecto a los bebedores consuetudinarios, los datos del 2011 muestran una prevalencia mayor al promedio nacional en la región Nororiental del 12.8% y Norcentral de un 8.7%; en contraste, en la Ciudad de México se presenta la prevalencia más baja del 2.7%, seguida de la región Centro (2.8%) y Occidental (3.7%). Al analizar los resultados por sexo los hombres de la región Nororiental con un 22.1% son quienes más presentan este patrón de consumo. En las mujeres, no se encontraron variaciones regionales en el consumo consuetudinario y se tuvo una prevalencia nacional de 1.4%.

Finalmente, en cuanto a la búsqueda de ayuda y necesidades de atención, en términos generales, se observa que el número de gente que asiste a tratamiento ha incrementado. Cerca de 830 mil personas consumidores de alcohol, han ido a tratamiento, esto es casi cien mil personas más que las reportadas en el año 2008; en tanto que al considerar sólo a quienes cumplen el criterio de posible dependencia al alcohol, el incremento ha sido de casi cuarenta mil personas. El número de mujeres que ha ido a tratamiento es muy bajo en comparación con los hombres.

Al observar el tipo de tratamiento que han recibido los/as usuarios/as de alcohol y quienes cumplen con el criterio de dependencia, se observa que el tratamiento ambulatorio es el que más ha crecido, especialmente en hombres. En general los datos indican que quienes asisten a tratamiento, lo hacen principalmente con especialistas o en grupos de autoayuda o ayuda mutua. Especialmente, se observa que el tratamiento completo con algún profesional de la salud o en un grupo de autoayuda o ayuda mutua, se ha incrementado significativamente en los últimos 3 años, mientras que el tratamiento incompleto o parcial ha disminuido.

Desafortunadamente, la asistencia por parte de las mujeres a los servicios de tratamiento en adicciones es baja, por lo que es difícil establecer las variaciones entre ambas encuestas.

No obstante, en cuanto al aumento en la solicitud del tratamiento, un dato relevante es que sigue siendo una proporción baja de la población la que asiste a tratamiento, ya que apenas el 6.8% de los usuarios identificados con dependencia, lo que debe llevar a vincular mejor estos servicios con las personas que lo requieren.

Se puede concluir que el consumo de alcohol a pesar de ser una droga legal tiene consecuencias adversas para la salud, vida personal y social tanto en hombres y mujeres además de observar que en los últimos años el consumo de alcohol ha incrementado de manera variable tanto a hombres como mujeres. Por tal motivo es importante conocer de qué manera el consumo de alcohol afecta a la población de estudio.

Capítulo 2. Trastorno por consumo de alcohol

2.1 Bebidas alcohólicas: costos y beneficios

El etanol es el componente psicoactivo fundamental de las bebidas alcohólicas. Los grados representan el porcentaje de alcohol de una bebida. De este modo, si un vino tiene 12° quiere decir que contiene un 12% de etanol, si bien las bebidas son muy variables en olor y sabor, pueden agruparse en tres grandes tipos: bebidas fermentadas (5°-15°), destiladas (25°-60°) y bebidas sin alcohol (Echeburúa, 2001).

Las bebidas fermentadas se producen mediante la fermentación de vegetales y frutas con gran contenido de azúcar (uva, manzana, cebada, arroz, etc.) durante un largo periodo de tiempo en un sitio con una temperatura apropiada. En estas circunstancias algunos microorganismos que se encuentran en el aire y en la superficie de la fruta transforman el azúcar en alcohol. Por tanto, la fermentación de cualquier líquido azucarado conduce a la obtención de bebidas fermentadas tales como el vino (11°-12°) y la cerveza (4°-5°).

En cuanto a las bebidas destiladas, la destilación consiste en hervir bebidas fermentadas. Al eliminar por el calor parte del contenido en agua, se eleva el porcentaje total de alcohol, así se obtienen los licores, a los que se les añade sustancias (aromas, azúcar o agua) para hacerlos más suaves y agradables para las personas. En el mercado existen bebidas alcohólicas más purificadas como ciertos ronones o aguardientes que exceden una concentración de alcohol del 50%. Las bebidas sin alcohol son cervezas que se anuncian como carentes de alcohol. No obstante, poseen de 0.8° a 1° grados de alcohol. En concreto, tres latas de cerveza sin alcohol equivalen a un vaso de vino o a medio de whisky (Echeburúa, 2001).

El efecto de una bebida alcohólica en el organismo depende de la concentración, cantidad de la bebida, hora del día, historia de consumo del individuo, así como de las circunstancias físicas como: peso, sexo, edad, estado de salud, uso de otras drogas o fármacos, y psicológicas en las que se ingiere tales como: estado de ánimo, expectativas, compañía etc. Dosis elevadas sobre el tubo digestivo dan lugar a trastornos de la motilidad esofágica, aparición de reflujo gastroesofágico con todas sus posibles consecuencias, gastritis, trastornos del vaciado gástrico y diarreas. A nivel cardiovascular el consumo agudo da lugar a una reducción aguda de la función contráctil del corazón y a la aparición de arritmias cardíacas. Además, la acción del alcohol varía según la forma de consumo, si se mezclan con bebidas carbónicas como refrescos, responde a dos motivos: potenciar el efecto del alcohol gracias al CO_2 presente en dichas bebidas y facilita el tránsito de alcohol por el aparato digestivo, donde la cafeína, presente en el refresco, neutraliza el efecto depresor del alcohol y permite mantener el nivel de activación necesario para hacer frente a la somnolencia (Estruch, 2002).

Por otro lado, la influencia del alcohol en la salud ha sido objeto de muchas controversias. En los últimos años se han mencionado los beneficios del consumo de bajo riesgo de bebidas alcohólicas para reducir el riesgo de padecimientos cardiovasculares ya que el etanol tiene un efecto anticoagulante y actúa sobre los lípidos sanguíneos. De este modo, el consumo de bajo riesgo no es perjudicial para ciertas patologías ya que puede ayudar a prevenir accidentes cerebrovasculares o infarto al miocardio (Estruch, 2002).

Asimismo, en relación con el vino se ha visto una influencia benéfica del vino tinto, consumido moderadamente (una o dos copas diarios en la comida), en el metabolismo del colesterol gracias a la acción antioxidante de los flavonoides y de los taninos, los cuales son capaces de frenar la oxidación del colesterol malo (LDL) y de este modo, son útiles en contra de ciertas enfermedades cardiovasculares y el envejecimiento. Sin embargo, los flavonoides también se encuentran en el zumo de la uva, lo cual ayuda a reducir la agregación plaquetaria y mejorar el estado del corazón (Pacheco, 2009).

En realidad, la asociación entre consumo de vino y el riesgo cardiovascular indica que el consumo de bajo riesgo es más saludable que ser abstemio, pero que a partir de dos o tres copas diarias, puede existir riesgo. No obstante, debido al elevado índice de calorías que proporciona el alcohol (7 por cada gramo), se desaconseja su ingestión en deportistas profesionales, ya que el alcohol contiene calorías vacías, es decir aquellas que fuera de su componente energético, no tienen ningún valor nutritivo (Pacheco, 2009).

Existen algunos aspectos cualitativos que se deben tomar en cuenta para calificar al consumo como adecuado o inadecuado. El beber alcohol cuando uno está deprimido, ansioso, irritado o culpable es contraproducente porque el riesgo de volver a consumir alcohol es alto. Asimismo, el control de la bebida de las personas que hacen un uso adecuado de ella está relacionado con reforzadores positivos: sabor de la bebida, ocio o celebraciones. Por el contrario, las personas con problemas con la bebida la mayor parte de las veces no solo beben para estar bien, es decir los efectos reforzantes positivos que por sí mismo tiene la bebida, sino también para evitar sentirse mal, esto se refiere a los efectos del síndrome de abstinencia y el nivel de dependencia elevado que se está presentando.

Finalmente, lo que pudiera ser sano en cuanto al consumo de alcohol, es cuando la conducta de una persona no gira en torno a la bebida alcohólica, sino cuando sabe divertirse empleando el tiempo libre en otras actividades sociales y recreativas fuera de la bebida, y además afrontando dificultades que se pudieran presentar en situaciones percibidas como problemas (Echeburúa, 2001).

2.2 Alcoholismo o síndrome de dependencia del alcohol

El término alcoholismo fue acuñado originariamente por Magnus Huss en 1849. En 1940 fue utilizado para referirse a las consecuencias psíquicas del consumo elevado de alcohol. La OMS (1975) sugirió que se reemplazara el término alcoholismo por dependencia a drogas de tipo alcohólico, con la siguiente definición: la dependencia al alcohol, existe cuando el consumo de alcohol por un individuo excede los límites aceptados por su medio cultural, si consume alcohol en momentos considerados como inapropiados dentro de dicho medio o si el consumo llega a ser tan elevado que afecta su salud y relaciones sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1979 denomina al alcoholismo como "*síndrome de dependencia al alcohol*" y está incluido en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades No. 10 (CIE-10). El síndrome de dependencia al alcohol forma a su vez parte de una categoría denominada "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas" que la podemos encontrar en el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association* DSM.

En el DSM-III (1980) se incorporaron factores fisiológicos y conductuales concomitantes con el uso excesivo de alcohol y se estableció la diferenciación entre abuso de alcohol y dependencia al alcohol. Se considera abuso cuando es una pauta de uso patológico de por lo menos un mes de duración, que produce deterioro social, deseo de beber, y problemas conductuales derivados del consumo. Por otro lado, la dependencia es una pauta de uso patológico del alcohol, del deterioro social u ocupacional a causa de las consecuencias que produce el alcohol, tales como: la incapacidad de realizar actividades de la vida cotidiana si antes no se ha bebido, apareciendo la necesidad de beber cada vez más para conseguir el mismo efecto y así evitar el síndrome de abstinencia.

En la 5ta edición del DSM (2014), la palabra *adicción* no se utiliza como término diagnóstico, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra de *trastorno por consumo de sustancias* para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante.

Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra *adicción* para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se omitió de la terminología del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa. Dentro de los problemas ocasionados por el consumo de alcohol, encontramos la siguiente clasificación: trastorno por consumo de alcohol, intoxicación por alcohol y abstinencia de alcohol.

2.3 Trastornos relacionados con el alcohol

Trastorno por consumo de alcohol

A. Un consumo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.

5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol

b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si: **En remisión inicial:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

Especificar si: **En un entorno controlado:** Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Especificar la gravedad actual: **Leve:** Presencia de 2–3 síntomas. **Moderado:** Presencia de 4–5 síntomas. **Grave:** Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por alcohol

A. Ingesta reciente de alcohol.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.

C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:

1. Habla pastosa.
2. Incoordinación.
3. Marcha insegura.
4. Nistagmo.
5. Alteración de la atención o de la memoria.
6. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Abstinencia de alcohol

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.

B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. Sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
2. Incremento del temblor de las manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.

7. Ansiedad.

8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Especificar si: **Con alteraciones de la percepción:** Este especificador se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (visuales o táctiles) con una prueba de realidad inalterada, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional (DSM-5, 2014).

Intentar consensuar estos criterios tiene por objetivo dar cabida a múltiples situaciones que se pueden dar en las personas que consumen alcohol, y los trastornos que de ello derivan. Las variables que se tienen en cuenta están en relación con diferentes parámetros de la persona:

1. Temporalidad en el consumo
2. Cantidad de sustancia tomada
3. Tiempo empleado en obtener la sustancia
4. Deseo de la sustancia
5. Persistencia del consumo a pesar de los problemas asociados
6. Consumo para evitar síntomas del síndrome de abstinencia
7. Evitación o descuido de obligaciones diversas
8. Necesidad de aumentar la dosis para obtener el efecto deseado
9. Pérdida de la capacidad para dejar de consumir

La combinación de tres o más de estos factores puede dar lugar a situaciones en las que podemos afirmar que una persona tiene problemas de dependencia con una sustancia psicoactiva como el alcohol (Curnillera, 2006).

Ahora bien, como ya se mencionó existen descripciones a lo largo de la historia de síntomas y signos que ahora son reconocidos como pertenecientes al síndrome de abstinencia. El doctor de Edimburgo Thomas Sutton se acredita el concepto de delirium tremens en 1813 al atribuirlo a la abstinencia del alcohol. Sin embargo, la conexión entre el beber, la supresión del consumo de alcohol y la experiencia de su retirada es relativamente reciente.

En un análisis de los síntomas de abstinencia, Hershon (1977) señaló que los síntomas de abstinencia debían: (a) estar ausentes durante los períodos de consumo ligero, (b) estar presentes en períodos de consumo intenso, (c) desaparecer después de 10 días de abstinencia, (d) estar presentes a primera hora de la mañana, y (e) ser aliviados al beber más. Hershon describe síntomas comunes del síndrome de abstinencia: depresión, ansiedad, irritabilidad, cansancio, necesidad de consumo, intranquilidad, insomnio, confusión visual, sudoración y debilidad, asimismo menciona 10 síntomas característicos de la abstinencia: agitación en todo el cuerpo, pánico, culpa, náuseas y alucinaciones.

Sin embargo, no es posible decir con precisión qué síntomas de abstinencia se presentarán en determinada persona, ya que éstos pueden variar debido al patrón de consumo que pudiera presentar. En términos generales, la abstinencia al alcohol puede considerarse como existente a lo largo de un continuo desde temblor suave, con o sin cambio afectivo, hasta convulsiones, alucinaciones y delirio. No obstante, no se tiene claro si esto es verdaderamente un continuo o, más probablemente, diferentes grupos de síntomas, que reflejan respuestas de retirada por diferentes mecanismos neuroquímicos (Heather & Stockwell, 2004).

Ahora bien, en cuanto al delirium se realizó un estudio por Kramp y Hemmingsen (1979), que comparó 20 sujetos con temblor y alucinaciones contra 20 pacientes con temblor, alucinaciones y delirio. La principal diferencia entre los sujetos fue que el grupo que presentó delirium había tenido un consumo excesivo antes del inicio de los síntomas de abstinencia y a pesar de ello continuaron con el consumo de alcohol. Sin embargo, a pesar de ello ambos grupos necesitaron la misma cantidad de sedación para poder inducir el sueño.

Por lo tanto, se llegó a la conclusión de que el delirio puede ser cualitativamente diferente al estado alucinatorio simple y una vez desencadenado, tener una historia natural propia. Esto nos conduce a mencionar que los datos sobre la latencia de la abstinencia o reducción marcada de la ingesta, a la manifestación de los diferentes elementos de retirada son inconsistentes. Sin embargo, existe un ordenamiento claro de los síntomas y es plausible pensar en términos de una jerarquía de sistemas neuroquímicos, cada uno de los cuales requiere una mayor perturbación bioquímica para lanzar diferentes aspectos del síndrome de abstinencia. Puede ser que el largo tiempo de eliminación de altas concentraciones de alcohol en la sangre se combinen para producir estos efectos (Heather & Stockwell, 2004).

La OMS (1992), define la dependencia del alcohol como un estado psicobiológico de deseo incontrolable de ingerir alcohol, bebiendo mayores cantidades de alcohol para conseguir el mismo efecto. Posteriormente, si se interrumpe la ingesta de alcohol se desarrollarán síntomas de abstinencia, dicha definición está basada en la descripción provisional de dependencia al alcohol propuesta por Edwards y Gross (1976). La principal aportación es que la dependencia es vista como un concepto unitario y se prescinde de la antigua distinción entre dependencia psicológica y física. La dependencia física era casi sinónimo de lo que ahora se conoce como adaptación neurológica, es decir, la tolerancia a los efectos del alcohol y a los síntomas de abstinencia, pero implícita en el uso de la palabra "*dependencia*" la noción de que la neuro-adaptación por si misma conducía a la ingesta de alcohol.

Hershon (1977), examinó la incógnita de cuáles síntomas de abstinencia provocaban el consumo de alcohol y cuáles se aliviaban al beber. Los tres síntomas más reportados fueron depresión, ansiedad e irritabilidad, los cuales provocaron el consumo de alcohol en un 83%, 85% y 66% en los sujetos respectivamente; en cuanto al alivio de los síntomas, el consumo alivió estos síntomas de los sujetos en un 70%, 82% y 66% respectivamente.

Una interpretación de estos datos es que el estado de ánimo negativo, sea o no parte de la retirada fisiológica, se asocia con la abstinencia y es probable que provoquen un alivio mediante la bebida. Esto es consistente con la información referente a que el estado de ánimo negativo es un poderoso desencadenante del consumo (Marlatt, 1985).

Por consiguiente, conforme aumenta la dependencia asociada a la abstinencia, el consumo se convierte en una respuesta causada por señales cada vez más complejas; Por ejemplo, Rankin, Stockwell y Hodgson (1982), refieren que los sujetos que experimentan más síntomas de abstinencia, experimentan más señales de consumo. En sentido estricto, la desintoxicación está destinada a disminuir los síntomas de abstinencia y por lo tanto eliminar el reforzamiento negativo de la bebida. En la práctica, las señales de consumo disminuyen a medida que avanza el proceso de desintoxicación (Heather & Stockwell, 2004).

Una forma de conceptualizar la dependencia es como un fenómeno psicológico que se entiende mejor en términos de los mecanismos de condicionamiento clásico y operante. En la práctica clínica, la dependencia puede ser pensada como una recolección excesiva de pensamientos y comportamientos relacionados con la bebida que son producto de repetidos episodios de reforzamiento positivo y negativo: tales como: una mayor sociabilidad, deseo de intoxicación; o bien, la evitación de la abstinencia y el alivio del estado de ánimo displacentero respectivamente (Heather & Stockwell, 2004).

En resumen, los síntomas de abstinencia son vistos como una fuente de refuerzo que contribuyen a la dependencia de cualquier individuo y la visión psicológica de la dependencia es una explicación teóricamente más satisfactoria de la dependencia que el modelo psico-biológico. Ahora bien, no solo el consumo de alcohol llega a causar trastornos por dependencia o abstinencia, existen también otros trastornos que involucran un deterioro cognitivo.

2.3.1 Síndrome de Wernicke-Korsakoff, Síndrome de Korsakoff y Encefalopatía de Wernicke

Además de estos trastornos antes mencionados existe un síndrome producido por el consumo de alcohol llamado síndrome de Wernicke-Korsakoff o el síndrome de Korsakoff, es importante marcar la diferencia entre ambos de acuerdo con las descripciones originales de Korsakoff y al uso recomendado por Victor, Adams y Collins, (1989). Consideraremos al Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) a la condición neuropatológica causada por la deficiencia de tiamina. Ahora bien, el término Síndrome de Korsakoff (SK) a veces se utiliza para describir amnesias clínicas debido a otras etiologías. Sin embargo, se recomienda que el término "*Síndrome de Korsakoff*" esté restringido a la descripción de casos de deterioro cognitivo causados por la deficiencia de tiamina, la fase crónica o de recuperación del SWK. Otra aclaración que se amerita mencionar es que los términos separados de encefalopatía de Wernicke (EW) y SK se utilizarán como sinónimos para las fases aguda y crónica del SWK respectivamente.

La piedra angular en la prevención del SWK es considerar las condiciones que predisponen a la deficiencia de tiamina. Esto es particularmente importante porque el inicio de la enfermedad es a menudo insidioso, los signos y síntomas son a menudo ligeros o leves y se pierden fácilmente. La tiamina es una vitamina hidrosoluble que se absorbe a través de los intestinos, aproximadamente la mitad de tiamina en el cuerpo se almacena en los músculos y el hígado, funcionando como coenzima en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y aminoácidos de cadena ramificada (Hoyumpa, 1980). Un adulto sano que consume una dieta media necesita alrededor de 0.66mg de tiamina por 1.000 kcal por día, el requisito puede triplicarse durante el embarazo. La ingesta alta de calorías y carbohidratos aumenta la demanda diaria de tiamina debido al gran papel de la tiamina en el metabolismo de los carbohidratos. Una causa de la deficiencia de tiamina es la mala absorción de la misma, debido a la falta de tiamina en alimentos ingeridos o al agotamiento en las reservas corporales cuando el alcohol o la grasa son fuentes primarias de energía (Hoyumpa, 1980).

El estado de deficiencia puede desarrollarse aproximadamente en tres semanas después del cese de suministro de tiamina y el EW se puede manifestar como un síndrome confusional agudo con nistagmo y ataxia que puede conducir a un estado de coma (Hillbom, Pyhtinen, Pylvänen, & Sotaniemi, 1999). Cabe mencionar que tres semanas es un período muy corto si adicionalmente a esto existe una deficiencia de otras vitaminas, el período de tiempo necesario para desarrollar deficiencia de tiamina puede ser menor a tres semanas. Cabe mencionar que la deficiencia de tiamina también se desarrolla rápidamente si hay presencia de vómitos prolongados y severos. Es importante mencionar que el deterioro cognitivo severo, incluyendo el SK, puede deberse no solo por el consumo de alcohol, sino por causas nutricionales y enfermedades médicas (Cáncer, VIH, neurológicas y geriátricas) llevando a presentar el espectro completo de signos de SWK (Svanberg, Draper & Bowden, 2015).

En cuanto al diagnóstico del EW, cabe mencionar que en 1881, Carl Wernicke describió por primera vez la encefalopatía que ahora lleva su nombre. Thomson *et al.*, (2008) retoman estas descripciones detalladas de la presentación clínica y la patología de la enfermedad la cual es conocida como la "*tríada clásica*" de los signos diagnósticos. La tríada clásica, tal como se concibe actualmente, consiste en (a) anomalías oculomotoras, a saber oftalmoplejía (incapacidad para mover voluntariamente el globo ocular) y nistagmo, (b) disfunción cerebelosa, especialmente ataxia de marcha, y (c) estado mental alterado, que va desde un deterioro cognitivo sutil hasta un estado confusional global o coma. Sin embargo, ahora sabemos que el diagnóstico del EW a menudo se realiza en el examen post-mortem y se dificulta el diagnóstico preciso.

En un estudio realizado por Thomson *et al.*, (2008) señaló la importancia de la tríada clínica clásica de la EW aguda. Informando que los signos y síntomas tempranos de la deficiencia de tiamina incluyen pérdida de apetito, náuseas o vómitos, fatiga, debilidad, apatía, vértigo, diplopía (ver doble), insomnio, ansiedad, dificultad en la concentración y pérdida de la memoria.

Además indican que el reconocimiento de estos primeros signos en individuos en riesgo puede ayudar a instigar la administración temprana de un tratamiento efectivo de tiamina vía parenteral (Thomson *et al.*, 2008).

En otro estudio, Caine *et al.*, (1997) investigaron en una muestra de usuarios con una historia de abuso crónico de alcohol, donde el diagnóstico de EW se confirmó mediante un examen post-mortem. Caine *et al.*, revisaron los criterios diagnósticos de WE para adaptar cuatro de los siguientes signos que ocurren en el contexto de abuso crónico del alcohol: 1) deficiencias dietéticas; 2) cualquier anomalía oculomotora; 3) disfunción cerebelosa, como ataxia o inestabilidad de la marcha; y 4) estado mental alterado o deterioro leve de la memoria. La aplicación retrospectiva de sus criterios operativos revisados en 106 casos, cada uno con un informe de autopsia y un historial de abuso crónico de alcohol (definido como consumo diario de etanol por encima de 80 gramos u 8 copas estándar, durante la mayor parte de la vida adulta) demostró que EW podría ser diagnosticado con alta sensibilidad especificado por razones clínicas.

De los 40 casos con diagnóstico confirmado por autopsia de patología EW o SKW, 34 (85%) fueron diagnosticados retrospectivamente con EW o SKW usando los criterios antes mencionados. Cabe mencionar que los criterios revisados se han adoptado como directrices europeas para el diagnóstico de EW (o SKW aguda) (Galvin *et al.*, 2010). Como ya se mencionó, la neuropatología de la fase aguda (EW) y crónica (SK) del SKW son indistinguibles, la severidad del SKW ha recibido insuficiente atención y tiene mucho sentido considerar a EW y SK como diferentes fases de la misma condición patológica. Sin embargo, muchos clínicos están preocupados por identificar a los pacientes en fase crónica de la enfermedad (Svanberg, Draper & Bowden, 2015).

En un estudio realizado por Victor, Adams y Collins (1989), observaron que el SK era precedido por un estado confusional global en el 80% de los casos. Para el 20% restante, la confusión no enmascaraba el deterioro cognitivo, y el SK fue evidente desde el primer examen. Víctor *et al.*, (1989) también observó que los signos neurológicos de EW son evidentes en pacientes diagnosticados con el SK, aunque frecuentemente pasados por alto.

Así mismo, describieron el SK crónico como un trastorno principalmente amnésico, que afecta tanto a la capacidad de recordar aspectos de eventos completos ocurridos meses o años antes de la aparición de la enfermedad (amnesia retrógrada), así como la capacidad de aprender nueva información (amnesia de anterógrada).

Cabe mencionar que el tipo y gravedad del deterioro de la memoria fue variable entre los pacientes a lo largo del tiempo, además de que al realizar el estudio se seleccionó a una proporción menor de la muestra total debido a fines de la investigación, en la cual solo se enfocó en participantes con un deterioro cognitivo menor ya que solo se quería trabajar amnesia selectiva y se dejó fuera del estudio a participantes con un mayor grado de deterioro (Svanberg *et al.*, 2015).

En otro estudio realizado por Pitel, Zahr, Jackson, Sassoon y Rosenbloom (2011), dan un ejemplo de la gravedad del deterioro cognitivo asociado con el SK crónico, en el que encontraron que los participantes con antecedentes de trastorno por uso de alcohol y con algún signo neurológico asociado con el SKW demostraron mayores déficits cognitivos que pacientes sin signos neurológicos. Los pacientes estaban afectados en una amplia gama de habilidades cognitivas: inteligencia, memoria, habilidad visual-constructiva, velocidad de procesamiento y habilidades motoras de las extremidades superiores.

Vale la pena destacar que el estudio de Pitel *et al.*, (2011) ilustra que si los pacientes con SK se seleccionan sobre la base de signos neurológicos del SKW, y la función cognitiva se examina de manera integral, entonces los pacientes con SK crónica muestran una amplia gama de deterioro cognitivo de gravedad variable. Finalmente, estos aspectos del SKW se han destacado anteriormente, pero continúan siendo subestimados por muchos clínicos (Svanberg *et al.*, 2015).

Para resumir la integración de la EW y el SK es importante explicar la evolución que se puede presentar en un paciente antes de tener el Síndrome Korsakoff-Wernicke. El paciente en un inicio (EW) puede mostrar la tríada clásica del SKW, a saber, signos de ojo, ataxia y deterioro cognitivo posteriormente en la fase aguda (SK) se presenta amnesia clínica severa y deterioro en la inteligencia, volviendo al individuo una persona incapaz de cuidar de sí mismo.

El protocolo de tratamiento con tiamina es el más favorable hasta este momento. Sin embargo, refleja la ausencia de guías basadas en evidencia. Un consumidor puede estar en tratamiento de dos a tres años hasta recuperar la función cognitiva lo suficientemente para permitirle reanudar la vida independiente. Sin embargo, la recuperación en la mayoría de los casos no es completa ya que se ha reportado que no se vuelve a trabajar como antes del desarrollo del síndrome (Svanberg *et al.*, 2015).

Es importante recalcar la importancia de un correcto diagnóstico ya que si se desconoce el diagnóstico de la EW y el SK, se podría mal diagnosticar como una demencia leve relacionada al alcohol, presentándose un episodio grave del SKW y la recuperación sería parcial durante varios años (Svanberg *et al.*, 2015).

2.4 Etiología de los problemas de consumo

A continuación se hará una breve mención de algunos modelos que explican la etiología del alcoholismo, tales como: el modelo médico-biologista y cognitivo conductual, con el fin de entender mejor el fenómeno desde un punto de vista de marcos teóricos opuestos.

Modelo médico-biologista.

Tal como mencionó la OMS (1955), el alcoholismo era visto como una enfermedad. Es evidente que esta definición realizada por un organismo como la OMS tiene la fuerza y el prestigio que pueden dar consistencia y peso al modelo biologista. Uno de los primeros autores en Cataluña que defendió esta tesis fue Freixa (1988), en el libro *Abordaje y tratamiento de la enfermedad alcohólica*, donde encontramos la siguiente definición: En la práctica, considerar al alcohólico como enfermo y abordarlo como tal es la única actitud médica que permite obtener resultados satisfactorios de tratamiento, con esto se puede observar como en un inicio se consideraba el alcoholismo como una enfermedad. Sin embargo, en nuestros tiempos aún hay quienes siguen conservando dicha postura.

La importancia de la genética en nuestro comportamiento es innegable, en la década de 1970, surgieron diferencias, entre los que defendían que el alcoholismo se transmitía genéticamente y los que sostenían que la familia tenía una gran influencia a través del ambiente que influye en las relaciones y facilita el aprendizaje de hábitos y maneras de resolver los problemas. Pese a que existe esta otra explicación del alcoholismo, algunos autores como Miller y Gold (1993), sugieren que el modelo biologista opta claramente por la transmisión genética del alcoholismo, mencionando que la probabilidad de tener hijos alcohólicos cuando los padres presentan dicha enfermedad, es de cuatro a cinco veces superior que las familias sin antecedentes de alcoholismo. En el alcoholismo, la probabilidad de que un hijo sea alcohólico, cuando uno de sus progenitores tiene dichos antecedentes es del 25% y esta probabilidad aumenta a un 50% cuando ambos progenitores son alcohólicos.

Ott (1998), menciona en su libro *Pharmacophilia* que aunque parece haber un componente genético para la susceptibilidad y habituación al alcohol, es improbable que el defecto de un solo gen explique la predisposición de las personas al alcoholismo.

Generalmente, la conexión genética entre efecto de las drogas y habituación se relaciona con tres aspectos: sensibilidad aguda a propiedades psicotrópicas, reacciones de adaptación a la administración crónica (tolerancia y síndrome de abstinencia) y recompensa o placer debido a efectos psicotrópicos (o a la inversa, aversión/disforia hacia ellos).

En el año 2002, Walters intentó conocer la relación existente entre herencia y dependencia alcohólica. Realizó un meta análisis en 50 familias, estudios de gemelos y adopciones, en los que el principal criterio medido fue los problemas causados con el consumo y la dependencia al alcohol. Los resultados indican que no se puede establecer una relación entre genes y alcoholismo ya que los resultados fueron heterogéneos y solo se llegó a la conclusión que el límite superior de incidencia de herencia en el abuso de alcohol está entre el 30% y el 36%.

Este modelo propone estudiar ampliamente la genética y los mecanismos disfuncionales implicados en la transmisión del alcoholismo. Desde este punto de vista y mientras no se sepa cómo incidir en ellos para prevenir los efectos asociados al consumo de alcohol, los tratamientos consisten en la utilización de fármacos que intenten minimizar los efectos que el alcohol produce en las personas afectadas (Curnillera, 2006).

Modelo Cognitivo-Conductual.

La terapia cognitivo conductual parte de la idea de que la mayor parte de las conductas incluidas las des-adaptativas son aprendidas. Así pues, el tratamiento se centra en el cambio de la conducta observable. En nuestro caso la conducta des-adaptativa es el consumo de alcohol, concibiendo a la conducta de consumo en un continuo que puede pasar desde el consumo experimental hasta el consumo excesivo.

El trabajo terapéutico consiste en evaluar la conducta a partir de la observación, identificando una conducta problema, escogiendo una técnica adecuada y estableciendo objetivos en función de los cuales se delimitará si ha sido eficaz. Según describe Curnillera (2006), las técnicas más utilizadas en el tratamiento de las personas con consumo de alcohol son: las técnicas aversivas, los contratos de contingencias, las terapias cognitivas, las técnicas de auto-control, la prevención de recaídas y las técnicas basadas en el entrenamiento de habilidades nuevas que permitan a la persona enfrentarse a situaciones problemáticas ya sea de índole social o manejo de estrés, cabe mencionar que posteriormente se destinará un capítulo completo para hablar de éstas últimas dos por tal motivo no se mencionaran en este apartado. Técnicas aversivas: consisten en asociar contingentemente con la conducta de beber alcohol diferentes tipos de estímulos aversivos, ya sean eléctricos, sustancias químicas o imágenes desagradables. Contrato de contingencias: son negociaciones entre el paciente y terapeuta, con el fin de llevar a cabo determinadas conductas específicas (Curnillera, 2006).

Terapia cognitiva: tiene como objetivo hacer frente a las distorsiones cognitivas del pensamiento de las personas que consumen alcohol, tales como: el convencimiento de poder controlarlo o bien el solo recordar las consecuencias positivas del consumo. En resumen, el éxito terapéutico vendrá dado por la extinción de la conducta de beber que el sujeto ha sido capaz de observar, definiéndola como un problema y entrenándose para erradicarla (Curnillera, 2006).

Como se ha mencionado a lo largo del capítulo, a pesar de que el consumo de alcohol es permitido socialmente, cuando empieza a ser excesivo ocasiona diversos problemas que afectan al individuo tanto sociales como de salud. A pesar de que existen diversos modelos que explican los factores que pueden generar el consumo de alcohol, el modelo cognitivo conductual abarca situaciones de riesgo que pueden precipitar el consumo de alcohol y con el que se han desarrollado intervenciones psicológicas para trabajar con dichas situaciones. Sin embargo, dichas intervenciones se enfocan en el problema de consumo sin contemplar diferencias individuales tales como el sexo.

2.5 Factores de consumo y dependencia entre hombres y mujeres

El inventario situacional de consumo de alcohol (ISCA) fue usado para evaluar situaciones que llevan a una persona a consumir (Echeverría-San Vicente, Oviedo, & Ayala-Velázquez, 1998). Se han hecho estudios donde se relaciona el consumo de alcohol, dependencia con el género. Sin embargo, el abordaje terapéutico ha omitido las diferencias individuales entre hombres y mujeres que consumen alcohol ante situaciones de riesgo que precipitan el consumo. Uno de los primeros estudios realizados con el fin de crear perfiles de riesgo de consumo y dependencia en hombres y mujeres, fue el que llevó a cabo Annis y Graham (1995), en una muestra de 286 usuarios que en el último año, antes de ingresar a tratamiento, presentaron un consumo excesivo.

Como características sociodemográficas de la muestra, la mayoría fueron usuarios blancos, de clase media a baja, principalmente hombres (61%) y solteros (73%) y el resto viviendo en unión libre. Los rangos de edad oscilaron entre los 18 y 75 años de edad, con una media de 40 años, la media según la escala de dependencia de alcohol fue de 17 puntos equivalente a un nivel moderado (Skinner & Horn, 1984). Vale la pena mencionar que solo el 33% había recibido tratamiento previo por consumo de alcohol.

Se realizó un análisis discriminativo de perfil modal, el cual es una clasificación multivariada basada en el concepto de tipos ideales (*Ideal types*). Esto representa una aproximación dimensional de clasificación en el que se busca ubicar a los usuarios en un espacio multidimensional de bajo orden. Cada perfil podría ser definido como un perfil hipotético caracterizado por un subconjunto de individuos en una población. Por consiguiente, la atención del estudio se va a depositar en el grado de semejanza del participante en el perfil modal (Annis & Graham, 1995).

Como resultados de este análisis modal se clasificó al 88% (252 usuarios) de esta muestra dentro de cuatro tipos de perfiles: el primer perfil fue marcado por altos puntajes en la escala de emociones desagradables y conflictos con otros ($n=68$); el segundo perfil obtuvo altos puntajes en la escala de emociones agradables, presión social, y momentos agradables con otros ($n=24$); 24% de la muestra correlacionó positivamente y solo el 8% tuvo una correlación negativa. El tercer perfil: Control personal, fue marcado con altos puntajes en la escala de control personal; 26% de la muestra correlacionó positivamente y sólo el 3% correlacionó de forma negativa. El cuarto perfil: Malestar físico, obtuvo altos puntajes en la escala de malestar físico, en la que un 30% de la muestra correlacionó positivamente y sólo el 2% correlacionó de forma negativa. Con esto se concluyó que 252 usuarios clasificaron dentro de alguno de los perfiles: perfil negativo, perfil positivo, perfil de control personal y perfil de malestar físico.

Las características de cada perfil indican que los usuarios con un perfil negativo reportaron en mayor frecuencia ser mujeres, beber a solas, y tener niveles altos de dependencia al alcohol; los usuarios de perfil positivo, suelen ser usuarios masculinos de mayor edad, reportaron unos cuantos años de problemas con el alcohol, pasar mayor tiempo bebiendo con otras personas y un nivel de dependencia menor a comparación con el perfil negativo (Annis & Graham, 1995). En años recientes se han realizado más estudios añadiendo otras variables relacionadas con el consumo de alcohol en hombres y mujeres, tales como características clínicas de individuos que presentan dependencia al alcohol además de las consecuencias de dicho consumo en hombres y mujeres.

En un estudio realizado por Khan *et al.*, (2013) se utilizó la encuesta Nacional de Epidemiología sobre Consumo de Alcohol realizada entre 2001 y 2002 ($n=43,093$), se examinó las diferencias de las características socio demográficas, psiquiátricas y comorbilidad médica, factores de riesgo y tratamiento utilizado en hombres ($n=2,974$) y mujeres ($n=1807$) con dependencia al alcohol, cuyas edades fueron mayores de 18 años de edad. Cabe mencionar que la muestra fue conformada por personas de raza/etnia negra, blanca e hispanos.

Como resultados se obtuvo que los hombres (17%) que en algún momento de su vida presentaron dependencia, fueron más propensos que las mujeres (8%) a ser diagnosticados con algún trastorno de uso de sustancias, personalidad anti-social, dependencia a nicotina, problemas de conducta, conducta compulsiva de apuesta y trastornos psicóticos. Mientras que las mujeres fueron más propensas a tener cualquier trastorno del eje I del DSM, trastorno de personalidad paranoide y evitación.

Después de ajustar las características sociodemográficas y las diferencias de género, se observó que en las mujeres la dependencia al alcohol fue asociada con cualquier trastorno del estado de ánimo. Por otro lado, los hombres con dependencia al alcohol presentaron episodios más largos de consumo y reportaron una edad de inicio más temprana que las mujeres. Finalmente, las mujeres con dependencia se caracterizaron por tener algún familiar con historia de trastorno por consumo de alcohol y en cuanto al tratamiento se observó que las mujeres presentaron mayor estigmatización social al recibir tratamiento.

Otro estudio realizado por Osama *et al.*, (2013) cuyo objetivo fue investigar las posibles diferencias de género en las situaciones asociadas al consumo excesivo de alcohol. Se obtuvo una $n= 395$ de pacientes dependientes al alcohol (hombres y mujeres). Cada participante completó el *Inventory Drinking Situation* (IDS), y el inventario de Depresión de Beck. Se examinaron las diferencias de género en las puntuaciones del IDS que representan tres dominios (negativos, positivos y tentación) de situaciones asociadas con el uso intensivo de alcohol.

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron en el estudio, las mujeres con dependencia al alcohol presentaron con mayor frecuencia un consumo intenso de alcohol ante emociones desagradables, así como ante la tentación, con una significancia de ($p = 0,035$). Al momento de la admisión, las mujeres en comparación con los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en los síntomas depresivos ($p < 0,001$). Cabe mencionar que después de controlar la gravedad de los síntomas depresivos como covariable, las diferencias de género e IDS ya no eran significativas.

Esto quiere decir que las situaciones de emociones desagradables o basadas en la tentación son un factor de riesgo de vulnerabilidad para el consumo intenso de alcohol, especialmente en las mujeres. Este riesgo parece ser al menos parcialmente impulsado por la carga de síntomas depresivos.

En un estudio más reciente, realizado por Kopera *et al.*, (2015) cuyo objetivo fue explorar la relación entre el procesamiento emocional, historia de consumo de alcohol y recaída. Se obtuvo una muestra clínica de dependientes al alcohol, la recolección de la muestra se llevó a cabo reclutando a un grupo de 80 pacientes (30% mujeres y 70% hombres) ingresados en un programa de tratamiento de alcohol en Varsovia, Polonia y se evaluó al inicio y al seguimiento después de 12 meses. Se obtuvo información básica como datos socio demográficos y se aceptaron pacientes con diagnóstico del eje I y dependientes al alcohol.

En cuanto a los resultados, en la evaluación inicial, la duración del consumo de alcohol se asoció con una menor capacidad de regulación emocional. Los pacientes que reportaron más dificultades para describir sentimientos bebieron más durante su último episodio de consumo excesivo con una mayor duración del consumo, la cual se asoció de igual manera a una falta de regulación emocional. Asimismo, se encontró que el ser hombre y de mayor edad se relaciona con una mayor duración en el consumo. La inadecuada regulación emocional y la alta severidad de los síntomas depresivos contribuyeron a tasas más altas de consumo en el periodo de seguimiento.

En otro estudio realizado por Lewis (2015), se evaluó la relación entre dolor corporal y síntomas depresivos como predictores de consumo de alcohol en dos categorías (el último mes de consumo y consumo problemático en los últimos tres años). Se obtuvo una muestra en Miami ($n=559$) en dos grupos (hombres y mujeres), con alguna discapacidad física. Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales para evaluar si los síntomas depresivos mediaban la asociación entre las limitaciones funcionales, dolor corporal y las dos condiciones reportadas de consumo de alcohol y si estas asociaciones eran moderadas por el género.

Se encontró que las limitaciones funcionales se relacionaron con el último mes de consumo de alcohol y con el consumo problemático ($p < .01$) y con una gran incidencia en un consumo problemático ($p < .05$). Con respecto al dolor corporal, predijo una tendencia a beber más ($p < .01$) y de manera problemáticamente a lo largo del tiempo ($p < .05$). Asimismo, se observaron diferencias entre el género y el consumo de alcohol, tales como el ser mujer se relacionó con un consumo menor reportado en el mes pasado ($p < .001$), y con un consumo menos problemático ($p < .001$).

Asimismo, se encontró que los síntomas depresivos se asociaron con una tendencia a presentar un consumo problemático ($p < .001$). El efecto total de limitación funcional sobre el consumo problemático en este modelo fue 0.12, del cual 0.03 fue explicado por su efecto indirecto de los síntomas depresivos. El efecto total del dolor corporal sobre el consumo problemático fue de 0.10, del cual 0.02 fue explicado por el efecto indirecto de síntomas depresivos.

Finalmente existió una interacción significativa entre el género y síntomas depresivos en la predicción de consumo problemático de alcohol ($p < .05$) donde fue significativamente menos fuerte para mujeres que para hombres.

Como se puede observar existen diversas situaciones de riesgo que llegan a estar presentes de manera diferente en hombres y mujeres, dichas situaciones pueden llevar a presentar un consumo excesivo y con ello la probabilidad de presentar niveles altos de dependencia. Por tal motivo, se requieren de intervenciones de corte cognitivo conductual focalizadas en trabajar el manejo de las situaciones de riesgo contemplando diferencias individuales para evitar la dependencia y llegar a una meta ya sea de abstinencia o un consumo de bajo riesgo.

Capítulo 3. Terapia cognitivo conductual para el consumo de alcohol

3.1 Teoría del aprendizaje social

En contraste con los modelos de enfermedad que sólo consideran la presencia o ausencia de enfermedad, la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) expresada por Bandura (1969, 1978, 1982 y 1985), se basa en la premisa de que la conducta es aprendida, más que determinada por factores hereditarios, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognitivos, emocionales y psicológicos.

Esta teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo o bien llamado aprendizaje vicario, favoreciendo así el aprendizaje de determinadas conductas, pero de igual manera es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo.

Como se mencionó anteriormente, el aprendizaje ocurre en un medio social, en el cual la persona adquiere conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes. También aprende mediante la observación de otros el cómo las conductas tienen determinadas consecuencias. Dado esto, el individuo va a actuar de acuerdo con lo que él cree que debe esperar de los demás o del contexto dada su conducta (Bandura, 1985).

Con base a esto, la TAS considera al individuo como un ser con iniciativa propia, capaz de anticipar las consecuencias de sus actos, planear su futuro y tomar libremente decisiones racionales, mediante la interacción de procesos cognitivos tales como la simbolización, representación, etc., con sus conductas y el contexto social en que se desenvuelve.

Además, el individuo trata de controlar los aspectos de su vida mediante la regulación de sus pensamientos, emociones y conductas, evaluando los progresos hacia sus objetivos o metas. Con esto podemos observar que el comportamiento del individuo no está solo motivado sino también regulado por normas internas y por autovaloraciones que hace de su comportamiento e influye posteriormente en su conducta (Bandura, 1985).

Ahora bien, ésta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas des-adaptativas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa, el castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos pueden cambiar y ser modificados por la aplicación de los principios de la TAS.

Es decir, el comportamiento del individuo se explica en términos de un modelo de reciprocidad trídica, donde la conducta, los procesos cognitivos y las situaciones o eventos sociales interactúan entre sí. La naturaleza de cada persona se define en función de capacidades básicas cognitivas, tales como la simbolización, la anticipación, el aprendizaje vicario, la autorregulación, la autorreflexión y el determinismo recíproco los cuales a continuación se describirán.

1. Simbolización. Es la capacidad para usar símbolos, que impacta en todos los aspectos de la vida de la persona, proporciona los medios para alterar y adaptarse al ambiente. Mediante la simbolización los individuos procesan y transforman las experiencias vividas en modelos internos que sirven como guía para la acción futura. Permitiendo el desarrollo de nuevos modelos cognoscitivos internos, que sirven como guía para la toma de decisiones, permitiendo al individuo generar y probar alternativas.

2. Anticipación de la acción y establecimiento de metas. La mayor parte de su conducta es regulada por la anticipación de posibles consecuencias de sus actos. Dado esto, se propone metas y planea cursos de acción futuros. Vale la pena mencionar que la capacidad para la acción intencional se ancla en la actividad simbólica. Es decir, los eventos futuros no pueden servir como determinantes de la conducta, pero su representación cognitiva tiene un fuerte impacto causal en la acción presente. Al anticipar resultados simbólicos de manera anticipada, las personas pueden convertir las consecuencias futuras en motivadores actuales y por ende regularán la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico.

3. Aprendizaje vicario. Todos los fenómenos de aprendizaje, resultantes de la experiencia directa, pueden ocurrir vicariamente mediante la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. La capacidad para aprender por observación capacita a la gente para adquirir reglas para generar y regular patrones conductuales sin tener que aprenderlos por ensayo y error. Esta es la raíz de la definición de la TAS, ya que el aprendizaje social, los patrones de conducta, las normas sociales y culturales se adquieren mediante la observación de un modelo.

4. La autorregulación. Gran parte de la conducta humana está motivada y regulada por criterios internos y reacciones auto-evaluativas a sus propias acciones. Después de que se han adoptado criterios personales, las discrepancias entre una ejecución y el criterio contra el que se mide activan reacciones auto-evaluatorias, que influyen la conducta subsecuente.

5. La capacidad auto-reflexiva es la capacidad de reflexionar y monitorear acerca de los pensamientos e ideas propias. Los individuos quienes reflexionan sobre sus experiencias y acerca de lo que saben, pueden obtener conocimiento de ellos mismos y del mundo. Vale la pena mencionar que dichas actividades meta-cognitivas también pueden producir patrones de pensamiento erróneos). Entre los tipos de pensamientos que pueden afectar la conducta, ninguno es más central que el juicio de las personas acerca de sus capacidades para tratar efectivamente con diferentes realidades. Es decir, la autopercepción que tienen las personas de ellos mismos, de su auto-eficacia, o de cuanto esfuerzo invertirán en las actividades, y cuanto van a perseverar ante resultados adversos.

6. Determinismo recíproco. En el que el ambiente causa el comportamiento de las personas, pero también el comportamiento causa el ambiente. El mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. En el planteamiento de esta tesis se podría plantear como ejemplo el estigma que vive una persona al ser alcohólico que determinará su conducta de seguir consumiendo, lo cual a su vez contribuye a que lo sigan percibiendo y percibirse como una persona estigmatizada (Bandura, 1985).

La TAS contempla al individuo que posee una orientación adaptativa con la cual puede elegir al alcohol como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otro tipo de conductas para lograr sus fines. Entre estos encontramos la expectativa de auto eficacia, en la que la TAS enfatiza en dicho mecanismo para explicar el cómo el pensamiento afecta la acción y cómo los patrones de conducta son elegidos por los individuos. Este mecanismo se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una determinada acción para tratar efectivamente una demanda, la expectativa de auto-eficacia supone que el individuo tiene la habilidad suficiente para afrontar una situación específica. Estas expectativas de eficacia influyen sobre el desarrollo, mantenimiento del alcohol y se relacionan con la predicción acerca de la recuperación y recaídas (Bandura, 1982). La perspectiva que enfatiza la TAS, es que existe una interacción determinada por múltiples factores, tales como: biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos; y es esta interacción la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas, permitiendo además el re-aprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas (Bandura, 1978).

Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centra en modificar las respuestas que da el cliente (usuario) a su medio ambiente, enfatizando la responsabilidad que éste tiene en la elección de nuevas conductas, entrenándolo en: Habilidades sociales, manejo de ira o enojo, búsqueda de nuevas estrategias de afrontamiento que le permitan afrontar una situación específica, conocimiento de las consecuencias de su conducta permitiéndole la elección de conductas más adecuadas, manejo y establecimiento de metas, desarrollo de estrategias de autorregulación, y entrenamiento en habilidades de autoeficacia lo que permitirá influir directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta adaptativa (Bandura, 1985).

Como se puede observar existen preceptos teóricos sustentables que se encargan de explicar de qué manera la conducta emitida por el sujeto interactúa y es reforzada por el contexto en el que se encuentra. Ahora bien, de acuerdo con la TAS se abordarán las situaciones de riesgo que eliciten la conducta de consumo.

3.1.1 Bases teóricas de la conducta adictiva

Derivada de los principios de la teoría del aprendizaje social, psicología cognitiva, psicología social y experimental, la aproximación teórica de Marlatt y Gordon (1985), ha surgido como alternativa para explicar la adicción. De acuerdo a esta postura el comportamiento adictivo representa una categoría de hábitos des-adaptativos, y comportamientos como el beber, fumar, abusar de sustancias, apostar compulsivamente, etc. En términos de frecuencia de ocurrencia, se presume que el comportamiento adictivo es un proceso similar de aprendizaje y se encuentra a lo largo de un continuo, donde va a iniciar con un consumo experimental, seguido del consumo moderado hasta el consumo excesivo. El comportamiento adictivo es visto como un patrón de hábitos aprendidos des-adaptativos, que pueden ser analizados y modificados de la misma manera que otros hábitos. Sin embargo, esto no explica que un hábito adictivo esté libre de consecuencias físicas negativas (cirrosis en alcohólicos o cáncer de pulmón en fumadores). Ahora bien, el hecho de que la enfermedad sea producto a largo plazo del comportamiento adictivo, no necesariamente implica que el comportamiento por sí mismo sea una enfermedad o que sea causado por un desorden psicológico.

Más allá del interés en las consecuencias negativas de las drogas hay que poner atención en las reacciones sociales experimentadas por el individuo antes, durante y después de participar en una conducta adictiva. Cabe mencionar que los factores sociales están involucrados en el aprendizaje inicial de un hábito adictivo y en las subsecuentes conductas una vez que el hábito ha sido aprendido.

Al estudiar el consumo bajo la TAS se está interesado en los determinantes de la conducta adictiva, que incluyen antecedentes situacionales, medio ambientales, creencias, expectativas, historia familiar y experiencias previas de aprendizaje asociadas con la sustancia. Además, existe interés en los efectos reforzantes de la sustancia que pueden contribuir a incrementar su uso. Por un lado el consumo puede incrementar debido al reforzamiento positivo, donde existe una gratificación inmediata (un estado de placer) de la sustancia.

Por otro lado, la conducta adictiva puede incrementar su frecuencia ante un reforzamiento negativo, al estar en situaciones que son percibidas como estresantes (beber o fumar para reducir la ansiedad social, comer en exceso cuando se siente solo o aburrido). Estas conductas son estrategias des-adaptativas de afrontamiento en la medida que se lleven a cabo durante o ante situaciones estresantes (Secades & Fernández, 2001).

Se considera que las conductas adictivas son des-adaptativas en la medida en que conducen a consecuencias negativas en términos de salud, estatus social, y auto estima. Estas conductas por sí mismas no son necesariamente des-adaptativas, si son realizadas con moderación y con una plena conciencia de las consecuencias que pueden tener a largo plazo. El uso moderado de ciertas drogas podría ser aceptable en la medida de que el comportamiento no se convierta en un hábito o en un comportamiento adictivo (frecuencia, uso repetitivo con mínima conciencia de sus efectos a largo plazo); no obstante constituye un riesgo de que esto ocurra (Marlatt & Gordon, 1985).

Comportamientos caracterizados por una inmediata gratificación y postergación de consecuencias negativas han sido clasificados por otros investigadores como "*trampas sociales*" (Platt, 1973) y comportamientos impulsivos (Ainslie, 1975). Estos comportamientos no son limitados al uso de drogas y otras sustancias, se pueden ver de igual manera conductas como apuestas compulsivas, trabajo compulsivo ("*workaholism*"), problemas sexuales (exhibicionismo). Es importante notar que se piensa que la fuente de la compulsión tiene su raíz en la química interna del cuerpo, especialmente al experimentar el "*craving*" o "*deseo intenso*" de una droga en particular.

Algunas investigaciones sugieren que los factores cognitivos y ambientales como el contexto, a menudo ejercen influencia en la determinación de los efectos de la droga más que los efectos fisiológicos de la droga por sí misma (Marlatt & Rohsenow, 1980). La mayor aportación de dicha investigación es que los procesos cognitivos como las expectativas, las atribuciones, son aprendidos y de este modo son más propensos a la modificación y al cambio, los cuales están mediados por procesos fisiológicos.

Como ya se mencionó, los teóricos del comportamiento definen a la adicción como un hábito, que lleva a una serie de comportamientos auto-destructivos que se encuentran mermados por efectos colectivos del condicionamiento clásico (tolerancia adquirida mediada por las respuestas compensatorias del condicionamiento clásico al efecto perjudicial de la sustancia), y al condicionamiento operante (reforzamiento positivo a los efectos placenteros y rápidos de la droga y el reforzamiento negativo asociado al uso de la droga como forma de escapar o evitar malestar físico y mental) (Quezada, Alarcón, Miguez & Betancourt, 2009).

Añadido a los factores del condicionamiento clásico y operante, el uso de la droga también es determinado por un lado, ante las expectativas adquiridas y creencias asociadas a las drogas como una solución al estrés. Por otro lado, el aprendizaje social y vicario también ejercen influencia (uso de drogas en miembros de la familia y entre pares de amigos). Es importante notar que, aunque los hábitos de un individuo han sido moldeados y determinados por pasadas experiencias de aprendizaje, el proceso de cambiar hábitos involucra la participación de la persona en un programa en el que aprenda nuevas conductas adaptativas y de afrontamiento reguladas por procesos que involucran la toma de decisiones. En el que empiece a aceptar su responsabilidad del cambio de comportamiento y a su vez, a saber cómo solucionar los problemas que causan su consumo (Marlatt & Gordon, 1985).

3.1.2 Situaciones de riesgo de consumo de alcohol

En un estudio de terapia de aversión, realizado por Marlatt, Demming y Reid (1973), se interesan en el proceso de recaídas de pacientes alcohólicos, como una fuente de información concerniente a los efectos de generalización del tratamiento. Se quería saber si los pacientes recaían después del tratamiento, al tomar su primera bebida alcohólica en una situación similar o diferente del contexto donde habían recibido tratamiento (simulación de un bar) y si la primera bebida era la misma o diferente de las usadas en el tratamiento aversivo.

Con esto se obtuvo una detallada descripción de los episodios de recaídas, durante los primeros 90 días después de terminado el tratamiento, 48 de los 65 pacientes consumieron al menos una bebida alcohólica. Cada uno de estos pacientes fue entrevistado pocos días después de su recaída con el fin de determinar las circunstancias exactas de la situación asociadas al primer episodio de consumo, para esto se consideró información del lugar de consumo, hora, día, presencia o ausencia de otras personas, tipo de bebida consumida, descripción de cualquier evento externo (situación) o interno (subjetivo) ocurrido en ese preciso momento y los sentimientos y emociones del paciente en el día de la recaída.

Los resultados mostraron que en todos los casos las recaídas podrían ser asignadas a unas cuantas categorías, aunque se encontró evidencia del tipo de bebida y del lugar como precipitadores de consumo, lo más relevante encontrado fue un patrón común de factores situacionales y psicológicos tomados como situaciones de riesgo para una potencial recaída. Las categorías fueron las siguientes: frustración y enojo ($n=14$, 29%), presión social ($n=11$, 23%), tentación intrapersonal ($n=10$, 21%), estados emocionales negativos ($n=5$, 10%), situaciones diversas como querer pasarla bien ($n=5$, 10%), e incapaz de recordar ($n=3$, 7%) (Marlatt, Demming & Reid, 1973).

Después de este hallazgo se quiso generalizar los resultados en otras poblaciones donde se presentan recaídas, tales como: consumidores de tabaco y heroína, individuos en programas para bajar de peso y apostadores compulsivos, encontrándose resultados similares (Chaney, O'Leary & Marlatt, 1978).

Partiendo de lo anterior es importante mencionar que dichas situaciones de riesgo son definidas por Marlatt y Gordon (1980), como cualquier situación que posee una amenaza a la sensación de auto-control del individuo (auto-eficacia) incrementando el riesgo de una recaída. El control percibido (auto-eficacia) está relacionado con las expectativas del individuo de ser capaz de "*salir adelante*" o de enfrentar efectivamente la situación sin caer en la tentación de volver a consumir.

Adicionalmente, lo que constituye una situación de riesgo para un individuo, varía en función de muchas variables, tales como: el tiempo de abstinencia, la exposición nuevamente de la persona a la droga, o el *craving* (el deseo de aliviar el estrés), todo esto lo podemos encontrar en los primeros días de haber dejado de consumir la sustancia adictiva (Marlatt & Gordon, 1980).

En la mayoría de los casos, las situaciones estresantes (presión social, enojo) son los precipitadores donde se ve mayor consumo de drogas, o de comportamiento adictivo (apuestas), esto es debido a que el individuo se percibe incapaz de enfrentar dichas situaciones (manejar el enojo, o afrontar la evaluación negativa de los pares), es decir, creen que necesitan tener un cigarrillo o una bebida en sus manos con el objetivo de actuar adecuadamente en la situación estresante. Cuando la persona decide eliminar el hábito del consumo o de la conducta adictiva, la situación de riesgo podría volverse más estresante añadiendo al estrés inherente de la situación por sí misma, además de haber estrés adicional causado por la ausencia de la conducta adictiva. El efecto combinado de lo anterior comúnmente termina en un estado de agitación y conflicto experimentado como sensaciones de malestar físico y el individuo podría experimentar esto como el *craving* o deseo intenso por el viejo hábito de la droga (Marlatt & Gordon, 1985).

De acuerdo con diversos autores el factor más importante que sirve para disminuir la progresión de la conducta adictiva es la disponibilidad de adecuadas estrategias de afrontamiento principalmente en habilidades sociales, de auto control, redes de apoyo y solución de problemas. Si el individuo ha aprendido nuevas formas de afrontar situaciones estresantes de riesgo y ha tenido la oportunidad de practicar estas nuevas habilidades sin la ayuda del viejo hábito de consumo, la auto-eficacia incrementará y la probabilidad de una recaída disminuirá, aunque pudieran existir otras variables que puedan llevar al individuo a una recaída: El aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento alentarán la percepción de tener mayor control ante nuevas situaciones de alto riesgo y reducir las probabilidades de consumo. (Llorens, Perelló & Palmer, 2004; Gaspar & Martínez, 2008; Linage-Rivadeneira & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012).

3.1.3 Clasificación de las situaciones de riesgo

Las situaciones de riesgo fueron caracterizadas por medio de un estudio donde se entrevistaban a 311 individuos con conductas adictivas (consumidores de tabaco, alcohol, heroína, y apostadores), preguntándoles cuales fueron las situaciones en las que se encontraban en su primer episodio de recaída. Para esto se consideraron las principales razones (pensamientos, emociones y las circunstancias o eventos que ocurrieron ese día) que desencadenaron el deseo de volver a consumir. (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980).

Posteriormente, estas situaciones que precipitaron el consumo fueron asignadas a dos grandes categorías. La principal categoría intrapersonal-ambiental, que es usada cuando el episodio de recaída involucra una respuesta principalmente intra-personal, ya sea psicológica o física, o un evento ambiental donde no se encuentren involucradas otras personas como determinantes del episodio de recaída. La segunda categoría fue denominada determinantes interpersonales, la cual se aplica cuando el episodio de recaída involucra la influencia de otros individuos (presión social, celebraciones, fiestas), cabe mencionar que a veces es difícil distinguir claramente la diferencia entre ambas categorías (Marlatt & Gordon, 1985).

Para resolver esta problemática se añadió una cláusula a la categoría de determinantes inter-personales, únicamente si el individuo describe que en el incidente participaron otras personas ejerciendo influencia, ya sea previo a la recaída (un empleado criticado por su jefe dos horas antes del consumo), o al mismo tiempo que la recaída toma lugar (fumar debido a la influencia de otros fumadores en el bar) se considera interpersonal.

Similarmente, un evento no es asignado a la categoría intrapersonal, solo porque la persona está sola en el momento de la recaída, ya que pudo haber consumido debido a una situación interpersonal, la cual pudo ocurrir en un pasado reciente (la muerte de un familiar). Con base a esto se desarrollaron subdivisiones de estas dos grandes categorías, las cuales están conformadas por cinco subcategorías intra-personales y tres sub-categorías inter-personales.

Como ya se mencionó anteriormente, la primera gran clasificación son los *determinantes intrapersonal-medio ambientales*, que son determinantes que están principalmente asociadas con factores intra-personales y/o reacciones a eventos ambientales que no involucran a personas. Asimismo, esta categoría incluye reacciones inter-personales, cuyas reacciones son ante eventos de un pasado distante (la interacción cronológica del evento con la conducta de consumo no ha sido muy larga). Cabe mencionar que dentro de esta gran clasificación encontramos cinco subcategorías: afrontamiento con emociones negativas (categoría 1-A), afrontamiento ante estados físicos/fisiológicos negativos (categoría 1-B), mejora de estados emocionales positivos (categoría 1-C), evaluando control personal (Categoría 1-D), ceder a tentaciones o impulsos (necesidad o urgencia por consumir) (categoría 1-E), (Marlatt & Gordon, 1985).

A. Afrontamiento con emociones negativas (categoría 1-A).

Las situaciones determinantes de la recaída involucran sentimientos o estados emocionales displacenteros. A menudo el individuo está enojado por pasadas o presentes relaciones personales, alguien por ejemplo que vive solo pudiera sentir tristeza y soledad, pudiendo tratar de enfrentar estas emociones regresando al consumo de alcohol o de drogas.

Algunos investigadores han sugerido que los hombres que beben experimentan un incremento en las fantasías personales de sentirse fuerte y poderoso en la presencia de otros. Beber como respuesta a sentimientos de indefensión o desamparo podría ser aplicable tanto en mujeres como en hombres (McClelland, Davis, Kalin & Wanner, 1972). A continuación se describen dos maneras distintas de afrontamiento que involucran emociones negativas.

1. *Enfrentamiento con frustración o enojo*: involucran situaciones de frustración (reacción ante un bloqueo de una actividad meta) y/o enojo (hostilidad, agresión) en relación de un evento personal o medioambiental, incluye todo lo referente a la culpa, y respuestas de demanda (fastidio, confusión) del medio ambiente o de dentro de uno mismo que es probable que produzca sentimientos de enojo.

2. *Enfrentamiento con otros estados emocionales negativos*: son estados emocionales que son displacenteros o aversivos, entre los cuales podemos incluir: aprensión, pérdida, ansiedad, miedo, tensión, depresión, soledad, tristeza, aburrimiento, preocupación, y otros estados similares de disforia. Incluye también reacciones evaluativas ante el estrés (hablar en público), desempleo, dificultades financieras y accidentes personales.

Las razones por las cuales se separa la categoría de emociones negativas en las dos subcategorías, es debido a que en el trabajo de Marlatt y Gordon (1980), se encuentra que un gran porcentaje de individuos (29%) suelen tener su primer episodio de recaída principalmente ante emociones de enojo o frustración.

B. Afrontamiento ante estados físicos/fisiológicos negativos. (categoría 1-B).

Dichos determinantes involucran reacciones de afrontamiento con reacciones displacenteras o dolorosas ya sea físicas o fisiológicas. Es decir, esta categoría se encarga de evaluar el rol de del malestar físico ya sea relacionado o no con la abstinencia física o *craving* (deseo intenso) de una sustancia.

1. *Enfrentamiento con estados fisiológicos asociados con el previo uso de sustancias*: dichos estados fisiológicos pueden incluir la abstinencia (temblores, insomnio, sudoración, náuseas) o el *craving* (deseo intenso) y se consumen con el fin de aliviar dichos síntomas.

2. *Enfrentamiento con otros estados negativos físicos:* enfrentamiento al dolor, enfermedad, lesiones, fatigas, desórdenes específicos (dolores de cabeza, malestar menstrual) no asociados con el uso previo de sustancias.

Vale la pena destacar que unos cuantos casos recaen debido a estos factores de los cuales la mayoría son por consumo de heroína. Cabe mencionar que a pesar de que estos datos se tienen que tomar con precaución, se ha visto que el tiempo juega un papel importante desde que la persona entra en abstinencia hasta el momento en que ocurre la recaída (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980).

Un problema relativo en esta área es el definir un tiempo específico en el que una persona puede llegar a recaer a partir de haber dejado la sustancia adictiva ya que igual tiene que ver el tipo de droga que se haya consumido. Adicionalmente, se ha visto una discrepancia entre el momento en que ocurren las recaídas, ya que quien recae en momentos próximos al haber dejado la sustancia, se encontraría asociado a síntomas de abstinencia. Por otro lado, las personas que han recaído en momentos más tardíos al haber dejado la sustancia, se ha visto que en dicha recaída interfieren más los factores psicológicos o situacionales. Este análisis solo se puede extrapolar en aquellos comportamientos adictivos en los cuales hay una alta probabilidad de experimentar síntomas de abstinencia seguidos del periodo de abstinencia (fumadores, bebedores y adictos a la heroína) (Marlatt & Gordon, 1985).

C. *Mejora de estados emocionales positivos (categoría1-C)*

Es el uso de sustancias para incrementar sentimientos de placer, disfrute, libertad, celebración, etc. incluye el uso de sustancias principalmente por los efectos positivos o por experimentar los mejores efectos de la droga.

Es importante mencionar que en los adictos a la heroína es donde se ve más marcada la diferencia al recaer debido a estos determinantes, ya que muchos de los usuarios reportan tener una necesidad o un deseo de experimentar el *high* (experimentar el elevón) o incrementar su estado de ánimo al consumir la sustancia adictiva. Otro sector de la población en los que se ven recaídas debido a este factor es en aquel donde las persona que tratan de bajar de peso (Chaney, O'Leary & Marlatt, 1978).

Frecuentemente, las recaídas producto de la mejora de estados emocionales ocurren en conjunción con eventos especiales (vacaciones, cumpleaños, o buena fortuna) o algunos viajes fuera de casa (Marlatt & Gordon, 1985).

D. Evaluando control personal (categoría 1-D).

El consumo de sustancias es para evaluar la habilidad de uno mismo para comprometerse en un consumo controlado o moderado “*con el fin de tratar o averiguar que sucede solo con consumir una vez*”, o en los casos donde el individuo evalúa los efectos del tratamiento o un compromiso de abstinencia (incluyendo la fuerza de voluntad).

Es importante destacar que se ha visto que debido a este precipitador los apostadores compulsivos y los alcohólicos son los que más recaen, en tales casos usualmente lo que se evalúa es su habilidad de hacerlo una vez más sin llegar a la recaída. Esta categoría está a menudo relacionada con la filosofía de la pérdida de control, en el que uno puede volver a repetir la conducta sin perder el control.

E. Ceder a tentaciones o impulsos (necesidad o urgencia por consumir) (categoría 1-E).

El uso de sustancias se da en función de respuestas internas, en forma de impulsos, tentaciones o algunas otras incitaciones. En esto podemos incluir el *craving* o deseo intenso subjetivo, en la ausencias de factores inter personales (nos referimos al *craving* cuando es asociado con el uso previo de sustancias).

1- *En la presencia de estímulos relacionados con la sustancia:* como su nombre lo dice el uso de sustancia se da en función de la presencia de estímulos relacionados con el uso de la sustancia (pasar por un bar). Es importante mencionar que cuando otros individuos están usando la sustancia, pertenece a la categoría II B.

2- *En la ausencia de estímulos relacionados con la sustancia:* aquí las tentaciones o impulsos llegan inesperadamente y son seguidas por los intentos de los individuos de obtener la sustancia.

Es importante destacar que en esta categoría, algunos individuos podrían no darse cuenta de las circunstancias que precedieron a la urgencia, tentación, o bien, cuáles fueron los factores de su estilo de vida (tales como un trabajo demandante) que lo han predispuesto a presentar un impulso de este tipo.

Por otro lado, en la segunda gran clasificación encontramos los *determinantes interpersonales*, los cuales incluyen determinantes que son principalmente asociados a otras personas quienes ejercen influencia inmediata y fungen como precipitadores de consumo del usuario. Solo estando en la presencia de otras personas en el momento de la recaída, no justifica una clasificación interpersonal, al menos que se mencione que una persona haya estado implicada en el consumo del usuario. Dentro de esta clasificación encontramos tres subcategorías: Afrontamiento de conflictos interpersonales, presión social y mejora de estados emocionales positivos (Marlatt & Gordon, 1985).

A. *Afrontamiento a conflictos interpersonales.*

Enfrentamiento a un reciente conflicto asociado con cualquier relación interpersonal, tales como conyugue, amigos, relaciones familiares y relaciones con compañeros de trabajo o jefe. A continuación se explican dos tipos de afrontamiento las cuales involucran frustración y/o enojo y conflictos con otros.

1. *Afrontamiento con frustración y/o enojo:* dichos determinantes involucran frustración (reacción ante un bloqueo o impedimento de una actividad meta) y/o enojo (hostilidad y agresión) derivado de una fuente interpersonal. Se enfatiza en cualquier situación en la cual la persona sienta frustración o enojo con cualquiera y estén involucrados desacuerdos, peleas, discordia, culpa, molestias etc.

2. *Afrontamiento con conflictos con otros:* dichos determinantes involucran principalmente conflictos con otros, teniendo como productos emociones como ansiedad, frustración, miedo, tensión, preocupación, aprehensión etc.

Es importante señalar que las recaídas ocurren principalmente en estados de enojo y frustración, y una vez que se ha consumido alcohol incrementa la probabilidad de subsecuentes comportamientos agresivos. Otros datos que se reportan es que la evaluación interpersonal, o una anticipación a una posible crítica negativa de otros, o a sentir dolor, pueden ser también factores determinantes en el consumo de alcohol.

B. Presión social.

Este determinante involucra la conducta de consumo como respuesta a la influencia de otros individuos o grupo de individuos que ejercen presión (ya sea directa o indirectamente) sobre el individuo para el uso de sustancias.

1. *Presión social directa:* este es un contacto directo (usualmente con interacción verbal) con otra persona o grupo de personas quienes ejercen presión en el usuario o quienes le ofrecen la sustancia. Es importante distinguir de las situaciones en las cuales ésta se obtiene de alguien más como respuesta a la petición del usuario, quien ya ha decidido usarla.

2. *Presión social indirecta*: es una respuesta a la observación de otra persona o grupo de personas que están consumiendo, esta persona o grupo, funge como modelo del uso de la sustancia para el usuario, si el modelo ejerce alguna influencia directa sobre el individuo para consumirla entonces se debería categorizar en el II B-1.

Se ha visto dentro de esta segunda categoría, que la presión social es la que más influye en las recaídas y se ve que tiene mayor influencia la presión social directa en los consumidores de heroína y alcohol debido a que mantienen contacto con usuarios (amigo que ofrece una bebida alcohólica o la droga en cuestión).

C. Mejora de estados emocionales positivos.

El uso de la sustancia está dado en función de incrementar sentimientos de placer dados por la convivencia con otras personas, celebraciones, vacaciones, relaciones sexuales. Es importante distinguir de las situaciones en las cuales las otras personas están usando la sustancia previamente al primer uso del individuo).

Para cada episodio de recaída, únicamente una sub-categoría puede ser usada, cuando múltiples sub-categorías parecen estar presentes con el consumo, se escoge el precipitador más significativo (situación o evento inmediatamente previo a la recaída). Ahora bien, cuando es imposible decidir entre las dos categorías (determinantes intrapersonales-medioambientales y determinantes interpersonales) ya que pueden tener puntajes aparentemente iguales, se asigna la elección a la categoría I (determinantes intrapersonales-medioambientales).

3.2 Tratamiento cognitivo conductual para prevención de recaídas en consumo de alcohol

La teoría cognitivo conductual, establece que la dependencia al alcohol es un conjunto de conductas aprendidas adquiridas a través de la experiencia. Si el alcohol proporciona efectos agradables en repetidas ocasiones y si no se cuenta con otras fuentes de reforzamiento, el consumo podría ser la única manera de conseguir dichos efectos. Una hipótesis básica del consumo es que el desarrollo de problemas debido al consumo está relacionado con las habilidades de afrontamiento del individuo (Bandura, 1969, 1978, 1982 & 1985; Marlatt & Gordon, 1985).

Las principales tareas del tratamiento en prevención de recaídas son (1) identificar las necesidades que están relacionadas con el uso del alcohol, y (2) desarrollar habilidades de afrontamiento que proporcionen formas alternativas de enfrentar dichas necesidades, de este modo se reducirá la probabilidad de una recaída (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt & Donovan, 2005).

Dos tipos de aprendizaje están involucrados en el consumo de alcohol: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. En el condicionamiento clásico, un estímulo neutral (EN) se convierte en un disparador para la ansiedad o para el consumo, como resultado de asociaciones repetidas de éste estímulo con el uso del alcohol o estímulo incondicionado (EI). Los disparadores o estímulos neutros pueden ser externos (escenarios, objetos específicos, o la gente con la que uno bebe) o internos (pensamientos o emociones). La asociación entre estos tipos de precipitadores y el uso del alcohol se fortalecerán gradualmente si ocurren en una proximidad temporal muy cercana. A través de este proceso asociativo, estímulos que previamente fueron neutrales se convertirán en disparadores capaces de desencadenar el consumo de alcohol (Domjan, 2010).

En el modelo de condicionamiento operante, la conducta de beber es reforzada por las consecuencias que le siguen llamadas reforzamiento positivo o negativo. Si después de beber, una persona se siente eufórica (reforzamiento positivo), menos ansiosa en situaciones sociales, menos tensa después de trabajar (reforzamiento negativo), la probabilidad de que en un futuro se siga repitiendo la conducta de consumo se incrementa. Debido a que las consecuencias negativas de beber, tales como los síntomas de retraimiento, depresión y ansiedad ocurren mucho después de haber consumido alcohol y por ende tienen un impacto muy pequeño, no se van a relacionar con el reforzamiento inmediato de las consecuencias (Domjan, 2010; López & Bruner, 2007).

El enfoque de habilidades de afrontamiento para prevenir recaídas, busca identificar estrategias para evadir disparadores, o en su defecto, provocar respuestas alternativas en los individuos con el fin de afrontar situaciones disparadoras, y con ello conseguir efectos similares de los que obtenían con el consumo. El enfoque de prevención en recaídas proporciona una forma sistemática de: (1) valorar el rango completo de antecedentes y las consecuencias de beber que podrían influenciar en una potencial recaída, (2) intervenciones selectivas que ayudarán a los usuarios a evitar o lidiar con situaciones de riesgo de manera adecuada, con el fin de reducir la probabilidad de una recaída (Gaspar & Martínez, 2008; Linage-Rivadeneira & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012; Llorens, Perelló & Palmer, 2004).

Diversas investigaciones se han elaborado con el fin de recabar información del cómo las habilidades de afrontamiento se relacionan con la prevención de recaídas, por mencionar algunas habilidades de relevancia clínica en el tratamiento de prevención de recaídas, es que entre las ocho situaciones de riesgo específicas propuestas por Marlatt y Gordon (1985), menciona que las emociones negativas han sido constantemente identificadas como el mayor precipitador de recaídas. Con base a esto, se ha recomendado que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento fomente la mejoría a la hora de afrontar emociones negativas, esto con el fin de proporcionar un medio para reducir el riesgo de una recaída (Connors, Longabaugh & Miller, 1996).

En un meta análisis realizado por Morgenstern y Longabaugh (2000), se menciona que cuando se agrega otro tratamiento al enfoque cognitivo conductual de prevención de recaídas, se potencializa la efectividad del mismo, en comparación con el tratamiento por sí solo, el cual solo se demuestra superior en grupos controles ya sea con o sin tratamiento alternativo (psico-educación sobre la abstinencia y terapia de apoyo). Sin embargo, cuando se comparó con el tratamiento en solución de problemas, este fue igualmente comparable en sus efectos. Finalmente, se concluyó que el tratamiento de prevención en recaídas es efectivo para sostener los efectos del tratamiento y reducir la severidad de recaídas subsecuentes.

Ahora bien, de manera particular en el tratamiento de prevención de recaídas, Chung, Langenbucher, Labouvie, Pandina y Moos (2001), demostraron que una aproximación cognitiva de afrontamiento (evaluación cognitiva de la amenaza) era un factor significativo a los 12 meses post tratamiento dentro de un periodo de seguimiento, mientras que una aproximación conductual de afrontamiento (toma de decisiones) solo mostró efectos significativos entre los 6 y 12 meses. Asimismo, Schutte, Brennan y Moos (2001), demostraron que el uso del enfoque de afrontamiento estuvo asociado con reducción del consumo y problemas relacionados con el alcohol. Finalmente, Rohsenow *et al.*, (2001) corroboraron que beber menos durante el periodo de seguimiento a 12 meses estuvo relacionado con el uso de habilidades específicas las cuales incluyeron la demora, pensar sobre las consecuencias, conducta substituta, consumo substituto, y escape/evitación de situaciones de alto riesgo. Sin embargo, no se vieron los mismos resultados ante del uso de habilidades generales tales como: relajación, imaginación, o distracción. Es importante mencionar que la abstinencia estuvo asociada con el pensar en consecuencias positivas y negativas además del escape/evitación de situaciones de alto riesgo.

En resumen, podemos concluir que con base a estos estudios que el tratamiento cognitivo conductual de prevención de recaídas aumenta su efectividad cuando se añade otro tratamiento. Ahora bien, con relación a la abstinencia se sugieren que es más probable alcanzarla con la utilización de un gran número de habilidades de afrontamiento y ante el consumo de alcohol se recomienda el uso de habilidades específicas. Asimismo, con tratamiento cognitivo conductual se demostró que es más ventajoso usar estrategias activas que de evitación, y que tanto las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales son benéficas.

3.2.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

El papel central del entrenamiento en habilidades de afrontamiento se conceptualiza en términos de que algunos bebedores crónicos, en ausencia de estrategias adecuadas de afrontamiento, con frecuencia utilizan el alcohol como una forma de afrontamiento ante ciertos problemas. Por consiguiente, el tratamiento de prevención de recaídas entrena al usuario en habilidades de afrontamiento para que desarrolle una amplia gama de respuestas alternativas que lo lleven a anticipar y evitar situaciones de riesgo que lo conduzcan a una recaída. Otra estrategia para prevenir recaídas es revisar el estilo de vida del usuario, y promover el desarrollo de actividades incompatibles con el consumo. Si una persona tiene varias formas de afrontar tales situaciones entonces tendrá la opción de decidir evitar beber cuando surja la necesidad y con ello reducir la dependencia al alcohol, ya que la falta de habilidades de afrontamiento es un obstáculo en la recuperación del usuario con dependencia (Marlatt & Donovan, 2005). Determinar las habilidades para el cual el entrenamiento es requerido, necesita un análisis funcional para identificar los antecedentes del uso de alcohol y la relación funcional del beber con las consecuencias inmediatas que le siguen. Esta valoración podría llevarse a cabo en forma de entrevistas clínicas o cuestionarios, cuyo objetivo sería identificar las situaciones en las cuales el beber o usar drogas son conductas muy probables de ocurrir, así como las consecuencias asociadas al consumo.

Cuando se buscan los antecedentes para el consumo se debe explorar no solo la situación previa al consumo sino la parte social, emocional, cognitiva, y antecedentes psicológicos (Miller & Mástria, 1977). Posteriormente, para cada situación de riesgo identificada, el usuario deberá especificar qué espera; o bien, cuáles son sus expectativas sobre el uso del alcohol bajo dichas circunstancias. Por consiguiente un objetivo importante, es identificar esas necesidades que son los probables disparadores al deseo del alcohol, y habiéndolo hecho, desarrollar formas alternas de lidiar con esas necesidades.

El entrenamiento de habilidades puede ser usado para enseñar conductas de afrontamiento que no están actualmente en el repertorio del cliente, para refrescar o mejorar las conductas faltantes, y para identificar y reducir los factores inhibitorios. En todos los casos, la practica adecuada de estas habilidades, durante las sesiones y como tarea, es esencial para que los clientes conviertan esto en un hábito y sean capaces de aplicarlas sin complicaciones cuando la necesidad surja (Marlatt & Donovan, 2005).

A continuación, se describirá y explicará de forma breve algunas consideraciones que se tienen que tener en cuenta previo a la implementación del tratamiento, así como algunas habilidades intrapersonales e interpersonales propuestas por Marlatt y Donovan (2005), dentro de la primera categoría tenemos: manejando los impulsos de beber, manejo del enojo, pensamientos negativos, actividades placenteras, toma de decisiones, solución de problemas, planes de emergencia. Cabe mencionar que de igual manera se hará mención de la entrevista motivacional que es una técnica que no se incluye como tal en alguna de las dos categorías ya que se tiene que llevar y aplicar a lo largo de todo el tratamiento.

Entrevista Motivacional

La disposición al cambio debe ser considerada previamente antes de implementar el tratamiento en habilidades de afrontamiento. Una pobre motivación al cambio es un problema particular en el campo de dependencia en el consumo de alcohol, donde la ambivalencia del cliente es un problema para motivarlo al cambio. Un enfoque sistemático, llamado "*entrevista motivacional*," ha sido desarrollado para dirigir la motivación del cliente, está basado en los principios de la psicología motivacional de Carl Rogers, sus metas primarias son ayudar a los usuarios a resolver su ambivalencia y alcanzar un compromiso a cambiar (Miller & Rollnick, 2002).

La entrevista motivacional, empieza con la exploración del terapeuta y la aceptación del usuario de su ambivalencia. Este enfoque intenta mover al usuario a admitir sus problemas actuales, desarrollando en él un deseo de cambio e identificar posteriormente estrategias que le permitan dicho cambio. La intervención básica del terapeuta incluye discutir los problemas ocasionados por el consumo de alcohol que el cliente ha tenido o las preocupaciones que otros han comentado acerca del mismo. El terapeuta proporciona retroalimentación y empatía que comunica el entendimiento y aceptación del usuario. El propósito de establecer confianza entre el terapeuta y el usuario es para que el terapeuta explore áreas de insatisfacción en la vida del usuario relacionadas con el consumo (Carvajal, 2010).

Es importante mencionar que el terapeuta debe asumir una postura reflexiva que permita la exploración de ambos lados de la ambivalencia del cliente sin que se ponga a la defensiva. Proporcionando frecuentes resúmenes de lo que el cliente ha dicho, el terapeuta enfoca la atención en los problemas del usuario que le han sido revelados y sobre los enunciados motivacionales que el usuario hace durante el curso de la discusión. Mediante una aplicación gradual de este proceso, el usuario se hace más consciente de sus problemas y sus relaciones con la bebida. La meta para el usuario es seguir adelante aceptando la necesidad para cambiar y formular una estrategia para hacer cambios en la conducta (Prochaska & DiClemente, 1984).

Es importante destacar que para los usuarios que aún no reconocen la necesidad de cambiar, o para los que no están comprometidos en hacer algunos cambios, la estrategia de la intervención deberá ser enfocada en el impacto de la bebida en varios aspectos de su vida. Conforme los usuarios vayan aceptando la necesidad a cambiar, la estrategia cambia hacia la identificación y el ensayo de conductas que pueden ser usadas para enfrentarse a las situaciones de alto riesgo más comunes y más potentes del usuario (Annis, Schober & Kelly, 1996). A continuación se expondrán un conjunto de habilidades de afrontamiento las cuales se agrupan en dos grandes categorías intra-personales e inter-personales.

3.2.1.1 Habilidades Intra-personales

Manejando los Impulsos de Beber

La urgencia o impulsos por consumir pueden provenir de pensamientos acerca de la bebida, sin necesidad de tener intención para consumir. La urgencia a reanudar el consumo es común entre personas que se están recuperando del trastorno por uso de alcohol. Para ese tipo de problema a los usuarios se les enseña un numero de habilidades para el manejo del ansiedad, incluyendo el retarlos, recordándoles experiencias no placenteras como resultado de su consumo, anticipando los beneficios del no beber, distrayéndose uno mismo, retrasando la decisión sobre si beber o no, abandonar o evitar la situación de riesgo, y buscar apoyo de otros. A los usuarios se les proporcionan tarjetas en las cuales registran los efectos no placenteros del uso de la bebida y los beneficios anticipados del no beber, y son instruidos a cargarlos con ellos y remitirse a ellos cuando estén pensando en consumir. Asimismo, se les pide imaginar situaciones de alto riesgo, y a practicar el cómo enfrentar las ansias que pudieran estar sintiendo (Kadden *et al.*, 2003).

Manejo del enojo

El enojo es un precipitador muy común de consumo, por tal motivo a los usuarios se les enseña acerca de las señales externas e internas de peligro que desencadena el enojo, para que ellos puedan identificarlas y empiecen a manejarlas antes de que el enojo fortalezca y se convierta en una dificultad a controlar. Las habilidades para el manejo del enojo incluyen el usar frases tranquilizadoras, identificando los elementos de la situación que está provocando la emoción, y considerar opciones que podrían ayudar a resolver esta situación. Estas habilidades pueden ser moldeadas por un terapeuta y pedirle al usuario un ensayo conductual de lo aprendido. Finalmente, de tarea para la casa, se les pide a los usuarios que registren el manejo de su próxima situación de enojo, además de que utilice las habilidades aprendidas para manejo del enojo, con el fin de responder de manera adaptativa ante esta emoción (Kadden *et al.*, 2003).

Pensamientos Negativos

Desde que se ha reconocido que los pensamientos negativos pueden ser de alto riesgo para el consumo y para diversos problemas de salud ya que pueden ocasionar estados de ánimo negativos tales como: miedo, tristeza, ira y asco. Se les ha enseñado a los usuarios a reconocer varios tipos de estos pensamientos que pueden ocurrir automáticamente. Las habilidades para el manejo de pensamientos negativos incluyen: detención de pensamientos, cambio a pensamientos positivos, y auto declaraciones positivas. Es importante mencionar que el ejercicio de cambio pensamientos proporciona al usuario la práctica para identificar sus pensamientos negativos, y por ende una oportunidad de generar respuestas adaptativas para usarlas cuando esos tipos de pensamientos ocurran (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Actividades Placenteras

Algunos usuarios principalmente con sintomatología depresiva que precipita el consumo pueden sentir poco interés en realizar actividades que anteriormente realizaban, a medida que el tiempo libre se convierte en algo disponible una vez que ellos no están ocupados con el consumo y recuperándose de sus efectos. Ellos podrían también descubrir que están llevando a cabo un estilo de vida desbalanceado, en cual se llenan de numerosas obligaciones, con poco o ningún tiempo dedicado a la recreación o auto realización. Al respecto, una sesión sobre el desarrollo de planes de actividades placenteras está dirigida a ayudar a los usuarios a preparar divertidas actividades de bajo riesgo con el fin de llenar el tiempo libre que se tiene, y así alcanzar un mejor balance entre sus obligaciones y actividades más divertidas o de auto-realización (Beck & Shaw, 2010).

Solución de Problemas

Esta es una habilidad no necesariamente relacionada con evitación o exposición a situaciones de alto riesgo. No obstante, es recomendado incluirla entre las habilidades en las que se está entrenando, proporcionando un repertorio flexible de respuestas de afrontamiento ante situaciones difíciles para las cuales los clientes no tienen una respuesta disponible inmediata para afrontarlas. Los pasos en el modelo de solución del problema incluye el reconocimiento del problema, identificación de los elementos componentes del problema tan preciso como sea posible, lluvia de ideas para establecer posibles soluciones, seleccionar la alternativa más promisorias, ponerlo en marcha, evaluar su exactitud, y redefinir el plan si es necesario. Con estas habilidades, los usuarios podrán enfrentarse a problemas imprevistos que podrían de alguna u otra forma golpearlos y ponerlos en alto riesgo de una recaída. (Linage-Rivadeneira & Lucio-Gómez-Maqueo, 2012; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Toma de decisiones

Algunas veces los usuarios terminan recayendo después de una serie de pasos o momentos que van incrementando gradualmente hasta llegar al *craving* o a la necesidad de consumir. El entrenamiento en la toma de decisiones puede ayudar a los usuarios a pensar y valorar las posibles consecuencias positivas y negativas de todas las alternativas que hacen, aun las que son aparentemente irrelevantes para el consumo. Esto es con el fin de incrementar la probabilidad de que se anticipen a riesgos potenciales asociados con varias opciones de decisión que le permitirán alejarse del consumo. Cabe mencionar, que se les ofrece una variedad de escenarios para practicar, y son invitados a pensar a través de ellos, para identificar riesgos posibles y a seleccionar una opción de decisión que probablemente minimizara la posibilidad de beber (Miller & Rollnick, 2002).

Planes de acción

Esto es similar a la técnica de solución de problemas, en la medida en que intenta proporcionar a los usuarios una forma de enfrentarse a situaciones que no fueron específicamente anticipadas en su entrenamiento de habilidades, y por lo que ninguna solución aparentemente es inmediata. La diferencia aquí es que la precipitación de los eventos es muy abrumadora, probablemente le puedan llevar a consumir, y no vayan a tener suficiente tiempo para iniciar un proceso de solución de problemas. En anticipación a tal situación de "*emergencia*", a los usuarios se les proporcionan sugerencias para ayudarlos a establecer un plan de emergencia para usarlo cuando se desarrolla el deseo de consumir (Marlatt & Donovan, 2005).

3.2.1.2 Habilidades inter-personales

Estas habilidades son enseñadas para enfrentarse a situaciones en las cuales otras personas son el factor importante o son realmente parte del problema. Las cuales son las siguientes: rehusarse al consumo, manejo de la crítica, problemas en las relaciones, mejorando las redes de apoyo, habilidades sociales generales y entrenamiento en habilidades de afrontamiento con el otro significativo (Botvin, 1995).

Rehusarse al consumo

El conocer varias formas de rehusar la presión social para consumir es una importante habilidad en consumidores crónicos, ya que la invitación de alguna bebida alcohólica es bastante común. En el entrenamiento, a los usuarios se les enseña a decir “no” de manera convincente y asertiva, sin dar un doble mensaje. Después se sugiere hacer alguna actividad alterna que no involucre alcohol, para así lograr cambiar el tema de conversación, interrumpir interacción, ofrecer justificación, ahora bien si la otra persona persiste, se le pide de manera firme que no siga insistiendo con el ofrecimiento.

No solo el rehusarse al consumo es aplicable a factores de presión social, también puede ser útil ante los pensamientos de apetencia de la bebida del propio usuario, al cambiar mediante la reestructuración cognitiva los pensamientos precipitadores. Todas estas estrategias se han relacionado con la abstinencia, además con la práctica el usuario será capaz de responder de manera rápida y convincente cuando surja tal situación.

El entrenamiento en rehusarse se inicia con situaciones fáciles de manejar, hasta aquellas donde la otra persona persiste de manera recurrente y se vuelve aún más difícil la tarea de rehusarse. El trabajo en casa involucra planear cómo responder ante una variedad de situaciones diferentes en la que el alcohol pudiera ser ofrecido (Flores & Barragan, 2010).

Manejo de la Crítica

La crítica, ya sea dada o recibida puede ser de alto riesgo para el consumo y más cuando va acompañada de enojo. Cuando sucede esto, al usuario, se le enseña primero a tranquilizarse, expresar la crítica en términos de sus propios sentimientos, usar un tono claro y firme de voz evitando el enojo, criticar una conducta específica, pedir el cambio de conducta, y estar disponible a elaborar un compromiso. Cuando se recibe una crítica se enseña a los usuarios a no ponerse a la defensiva o contra atacar, y mejor pedir a la otra persona aclarar el propósito, contenido de su crítica, y tratar de encontrar en la crítica algo con lo que se esté de acuerdo, de esta manera ambas partes pueden trabajar para formular un compromiso. De esta manera, la crítica se transforma en una comunicación asertiva, cuyos resultados serán positivos para ambas partes. Finalmente, los usuarios practicarán lo aprendido en varias situaciones, incluyendo aquellas en que se involucren críticas de la forma de beber (Kadden *et al.*, 2003).

Problemas en las Relaciones

Algunos usuarios pueden experimentar dificultad para expresar sus sentimientos o comunicarse de forma asertiva en sus relaciones íntimas, más cuando hay conflicto y tensión como resultado de consumo. Esto puede ser un obstáculo en la relación de pareja, tanto en lo emocional como sexual. Por tal motivo a los usuarios se les enseña a reconocer y expresar sus emociones de forma apropiada, con el fin de prevenir que los conflictos sigan creciendo.

También se les puede entrenar en la habilidad de escuchar, que es un componente esencial en una relación de pareja. Los usuarios practican estas habilidades en situaciones simuladas mediante modelados por parte del terapeuta y ensayos conductuales que realiza el usuario, como ejemplo pueden ser situaciones traídas del pasado reciente del usuario en las que se hayan sentido furiosos, ansiosos, o tristes con su pareja o familia. La tarea de casa involucra planear cómo manejar dichas situaciones, y utilizar las habilidades aprendidas (Caballo, 2007).

Mejorando las redes de Apoyo

El apoyo de otros con frecuencia hace sentir al usuario con más confianza en su habilidad de enfrentarse a los problemas. Dado el número de problemas en la vida, añadido a los causados por el alcoholismo, una buena red de apoyo social puede mejorar las oportunidades de afrontarlos de forma efectiva. Sin embargo, ya que el consumo del usuario pudiera haber aumentado, su sistema de apoyo pudiera estar alineado y tendrán entonces que trabajar en reforzar su sistema de apoyo. Como indicación, al usuario se le pide considerar varios tipos de apoyo que necesita, y el cómo va a desarrollarlos. También se les enseña acerca de la importancia de la reciprocidad. Esto es, el prestar apoyo a otros como parte del proceso para reforzar sus redes sociales y familiares. Como tarea se les indica que practiquen el pedir y ofrecer apoyo a otros (Calvo, 2007).

Habilidades Sociales Generales

Las habilidades sociales también se les pueden enseñar a los usuarios para ayudarles a un mejor manejo de situaciones sociales que pudieran ponerlos en riesgo de beber. Varias habilidades de comunicación (habilidades para conversar, uso de conducta no verbal) se pueden enseñar para enfrentar déficits en la comunicación que pueden desarrollar en ellos sentimientos de inadecuación social, llevarlos al aislamiento, y ponerlos en riesgo de una recaída. El entrenamiento en asertividad se les puede ofrecer para ayudarlos a expresar sus emociones y opiniones de manera clara, directa y asertiva, de tal forma que se sientan satisfechos de que fueron vistos y escuchados.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento con el otro significativo

Como ya se mencionó anteriormente los problemas de comunicación en una relación íntima, pueden ser precipitadores de consumo. Por lo tanto, tener a un participante o familiar significativo para el usuario que está en tratamiento puede mejorar los resultados del mismo. Los problemas a ser tratados en sesión con el otro significativo incluye por ejemplo el decidir si mantener alcohol en casa, identificar cómo el otro significativo puede apoyar y reforzar los esfuerzos del usuario a cambiar, albergando una comunicación más positiva dentro de la relación, y aprendiendo a resolver problemas de manera conjunta. Durante la sesión, la pareja puede ser asistida en la práctica de solución de problemas en algún problema que estén enfrentando y discutir además cómo podrían aplicar las habilidades ya aprendidas en sus vidas diarias. La tarea para casa, puede ser el implementar las habilidades de afrontamiento en sus vidas diarias (Kadden *et al.*, 2003).

3.2.2 Método del entrenamiento en habilidades

La participación del usuario deberá ser activa en el proceso de entrenamiento en habilidades ya que será más probable que acepten la responsabilidad de realizar cambios en su consumo, en comparación con los usuarios pasivos, debido a que con ellos es poco probable que desarrollen la suficiente motivación para seguir practicando en su vida diaria las habilidades ya adquiridas. Es importante mencionar que para mejorar el involucramiento del usuario y su participación, la selección de habilidades a enseñar deberá ser adecuada a las necesidades del usuario, esto se logrará mediante el análisis funcional de sus problemas con la bebida.

De acuerdo a la secuencia en que se enseñan las habilidades, lo ideal será empezar con las más simples a implementar, y posteriormente agregar habilidades en función de su complejidad y dificultad. No obstante, debido a que se busca la abstinencia y el mejoramiento del usuario, la elección de habilidades tendrá mayor sentido si se relacionan con las necesidades inmediatas del usuario así como en las que sean fuente de presión ya que pueden poner en riesgo su abstinencia, para retornar más tarde, si es posible, habilidades más básicas que podrían apoyar la implementación de las complejas (Kadden *et al.*, 2003).

Una vez que se ha introducido una nueva habilidad, se debe explicar el cómo esto se relaciona con el mantenimiento de su abstinencia, así como con su utilidad para enfrentar problemas que el cliente pueda estar enfrentando. Posteriormente, se hace una descripción de los pasos involucrados en la implementación de las habilidades, así como el modelado de las mismas por parte del terapeuta y el ensayo conductual por parte del usuario ya sea con el terapeuta o con el otro significativo, proporcionando retroalimentación constructiva y una invitación de aplicarlas en su vida diaria. Al final de cada sesión se les proporciona a los usuarios un recordatorio por escrito de los pasos para implementar las habilidades adquiridas, y un ejercicio de tarea para casa en el que se incluyen notas para recordar el uso de las habilidades ya establecidas. Como último tema a tratar se le pide al usuario que identifique situaciones de alto riesgo que pudieran surgir antes de la próxima sesión, y formas de evitarlas o de afrontarlas.

Es importante mencionar que debido a que las habilidades adquiridas le toman tiempo al usuario para aprenderlas y dominarlas, estas deberán de revisarse ocasionalmente al inicio o al final de las sesiones subsecuentes, y sugerirse como formas de enfrentarse a problemas actuales, así como formas de manejar anticipadamente situaciones de alto riesgo (Marlatt & Donovan, 2005).

Finalmente, en caso de que el afrontamiento de la persona en una situación real de alto riesgo no fuera la adecuada y el usuario recayera en el uso de drogas, se recomienda manejar las recaídas como una experiencia de aprendizaje en la que les da una oportunidad para identificar situaciones desencadenantes y las expectativas que el usuario pudiera haber tenido con respecto a los posibles efectos benéficos de la sustancia en esa situación en particular. Los usuarios deberán identificar lo que realmente hicieron en la situación de alto riesgo, lo que hicieron bien para evitar el consumo, así como lo que no les fue útil hacer. Una vez conseguido esto se formularán planes para fortalecer las acciones que funcionaron y compensar las que no funcionaron, para que así el usuario tenga más probabilidad de enfrentar en forma efectiva las situaciones desencadenantes cuando surjan en el futuro. Debería haber también una exploración de sentimientos de culpa que los usuarios pudieran experimentar en respuesta a la recaída, y se les deberá de advertir que el rendirse ante esas emociones los ponen en alto riesgo para continuar con el consumo (Marlatt & Gordon, 1985).

3.2.3 Meta del tratamiento: ¿abstinencia o consumo de bajo riesgo?

Algunos usuarios llegan a tratamiento con la duda sobre disminuir su consumo a bajo riesgo u optar por la abstinencia. Es importante destacar que Miller y Muñoz (1982), proporcionan directrices indicando que el consumo de bajo riesgo es apropiado para bebedores quienes sólo: han experimentado algunas consecuencias negativas en su modo de beber (pero no crisis importantes en su vida), quienes no se consideran a sí mismos como alcohólicos, quienes no tienen parientes cercanos con dicho problema, y quienes no han sido físicamente adictos o dependientes.

Por otro lado, la abstinencia debe ser tomada si hay complicaciones médicas, tales como: cirrosis, problemas gastrointestinales, enfermedades cardíacas, u otros problemas físicos que pudieran ser exacerbados por beber: el embarazo en mujeres, la toma de medicamentos prescritos que pudieran interactuar con el alcohol, o al experimentar pérdida de control al consumir alcohol.

El enfoque teórico “*reducción del daño*”, se ha vuelto muy popular desde la época pasada, y pudiera ser de ayuda con los usuarios que se rehúsan a una meta de abstinencia, optando por minimizar el daño como consecuencia de la reducción del consumo, en lugar de la cantidad que se consumía anteriormente (Marlatt, 1998). Es importante mencionar que algunos usuarios que desde el inicio escogen una meta en relación a su consumo podrían revertir esto a la abstinencia en cualquier momento (Marlatt & Donovan, 2005).

3.2.4 Intervenciones breves: bebedores problema

Un concepto importante desarrollado en los últimos diez años, es que la mayoría de los problemas relacionados con el consumo del alcohol ocurre en personas que no son dependientes al alcohol, es decir, no presentan un consumo crónico de alcohol. Más bien dichos problemas ocurren en personas que tienen un consumo excesivo de alcohol con una frecuencia ocasional.

Muchas de las personas que sufren accidentes, problemas laborales, de salud, o dificultades familiares, relacionados con el abuso en el consumo del alcohol, son bebedores cuyos consumos son agudos, es decir consumen cantidades fuertes aunque no sea en forma frecuente.

En el pasado, el tratamiento se dirigía a identificar personas con alcoholismo (dependencia) y eran referidas a un tratamiento especializado para la dependencia y el consumo de alcohol. La investigación en estos últimos años ha hecho ver la necesidad de detectar en forma temprana estos problemas de consumo excesivo que se hace de forma ocasional, e iniciar intervenciones breves para reducir dicho consumo y los problemas asociados (Echeverría-San Vicente, Ruiz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2012).

El término intervención breve incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. La descripción de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) define a las intervenciones breves como: estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos incluso antes de que su estilo de beber pueda causarles problemas.

Fue a finales de los años setenta cuando se inicia la investigación en bebedores problema. Marlatt (1977), desarrolló una prueba llamada Perfil del bebedor problema que evalúa diferentes datos sobre el consumo; y una de sus secciones estaba diseñada para que los usuarios consumidores eligieran su propia meta de consumo (consumo de bajo riesgo o abstinencia). La base teórica para los estudios de intervención breve son los trabajos de Edwards *et al.*, (1977). Con estos antecedentes, se comenzó a trabajar con varias formas de intervención, utilizando diferentes maneras para transmitir la información como: material escrito, consejo, auto-monitoreo, etc.

La OMS apoyó un proyecto para evaluar una intervención breve en diez países, con culturas y sistemas de salud diferentes. La meta era determinar si la intervención breve podía demostrar una reducción en los niveles de consumo de alcohol, así como una reducción de los efectos en la salud, asociados al consumo excesivo de alcohol. La muestra fue de 1,655 participantes (1,336 fueron: hombres, y 299 mujeres), en donde el grupo experimental tuvo una entrevista en la que se hablaba de los efectos negativos del abuso de alcohol en la salud. La sesión duraba 20 minutos y se hizo un seguimiento a 6 meses, obteniendo resultados significativos en la reducción del consumo del alcohol y una reducción de la frecuencia de consumo (Babor, Cooney & Lauerman, 1987). Los elementos comunes de una intervención breve efectiva son:

- Retroalimentación sobre los riesgos que se corren al beber en exceso; este conocimiento puede producir un impacto para lograr resultados efectivos.

- Hacer énfasis en la responsabilidad personal que tiene el cliente o usuario por su forma de beber, y que el cambio es una decisión personal.

- El consejo debe ser claro y enfático, puede ser hablado o en forma escrita. Tener varias alternativas para el cambio, aprovechar las fuentes de recursos personales del cliente para lograr reducir su forma de beber.

- El estilo del terapeuta debe ser empático, hay claras evidencias de cómo el estilo terapéutico afecta de manera positiva los resultados en una intervención breve (Miller, 1985).

- Finalmente se ha encontrado que la conciencia de ser eficaz, logra en los clientes una percepción de optimismo y poder, que ayuda para que se pueda dar el cambio.

Antes de definir la población a la cual es dirigida la intervención, un concepto importante dentro del campo de estudio del alcohol, es reconocer que la mayoría de los problemas relacionados con el abuso ocurren en personas que no son alcohólicas. Por ende, esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia. La intervención breve es una aproximación de tipo directivo que inicia el profesional de la salud, más que el usuario consumidor y que no involucra juicios del especialista (Echeverría-San Vicente *et al.*, 2012).

Muchas de las personas que sufren accidentes, problemas de salud o dificultades familiares, relacionados con el consumo son bebedores problema y no cumplen los criterios relativos al alcoholismo. Históricamente, el tratamiento como ya se mencionó, se enfocaba al bebedor crónico, pero ahora se reconoce la necesidad de afrontar todo el espectro de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. El cambio a un trabajo más amplio tiene implicaciones importantes para la atención de primer nivel.

La definición de los diferentes tipos de bebedores está dada en términos de cantidad de alcohol y frecuencia de uso (el punto exacto de corte varía por país). Por un lado, la cantidad de alcohol es definida con el concepto de trago estándar. El NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2000) tiene la siguiente definición: 1 trago estándar por ocasión para la mujer y 2 por ocasión para el hombre. Lo que sí es seguro es que nunca debe excederse la cantidad de 4 tragos estándar por ocasión en hombres adultos ni de 12 tragos estándar por semana. En mujeres la cantidad es de 3 tragos estándar por ocasión y nunca más de 9 a la semana. Este parámetro es muy útil, ya que los profesionales de la salud necesitan utilizar niveles de consumo para definir que es riesgo. A continuación se muestra una clasificación de acuerdo a la frecuencia de consumo por ocasión y problemas relacionados con la bebida (Echeverría-San Vicente *et al.*, 2012).

Por otro lado, en cuanto a la frecuencia de uso en función de las consecuencias que les ocasiona el problema con el consumo, existen diferentes tipos de bebedores.

Bebedor de bajo riesgo: bebe menos de 1 a 2 tragos por día, no bebe más de 4 por ocasión y no bebe en situaciones de riesgo.

Un bebedor en riesgo: puede tener accidentes de trabajo, depresión, problemas de presión o colesterol y el consumo de alcohol lo puede poner en riesgo o puede ser que nunca experimente efectos adversos en su salud, o accidentes relacionados con esta condición.

Un bebedor problema: puede tener accidentes automovilísticos que pongan en riesgo su vida, por manejar bajo los efectos del alcohol u otra consecuencia negativa conductual.

Dependencia: representa la pérdida de control ante el consumo, conflictos familiares, laborales, pérdida de memoria, problemas legales y en algunos casos dependencia física (síndrome de abstinencia).

Es importante mencionar que los bebedores problema no presentan una dependencia severa ni reportan síntomas de abstinencia, la trayectoria de su consumo es menor a 10 años y en la mayoría de los casos no han buscado tratamiento. Tienen mayor estabilidad económica y laboral en comparación con quienes tienen una dependencia. Normalmente cuentan con redes sociales, familiares y laborales intactas, sin embargo, ya ha habido llamadas de atención en alguna de estas áreas (Echeverría-San Vicente *et al.*, 2012).

Cabe destacar que los bebedores problema no se perciben como alcohólicos o diferentes de aquellos que no tienen problemas con el consumo. Otro dato importante es que el consumo diario no es una característica. En México, generalmente permanecen sin consumir 5 de cada 7 días. Por último, podemos identificar que reportan pérdida del control al consumir y episodios de consumos controlados. En pocas palabras una definición clínicamente útil de un bebedor problema es aquella persona que:

1. Bebe más de los límites de 12 tragos estándar por semana (hombres adultos).
2. Bebe más de los límites de 9 tragos estándar por semana (mujeres adultas).
3. Bebe más de 5 tragos estándar por ocasión.
4. Puede haber desarrollado problemas de salud, económicos o sociales como resultado de su forma de beber.
5. No presenta características clínicas de dependencia al alcohol, tal como preocupación por el alcohol, síntomas del síndrome de abstinencia o consecuencias sociales o físicas severas por su patrón de consumo.

En cuanto a la efectividad de la intervención, el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve tuvo como resultados reducciones modestas pero significativas en el consumo de alcohol en bebedores problema. Las pruebas mostraron decrementos mayores en el consumo de alcohol en hombres, en el grupo experimental que en el grupo de control. Los resultados con mujeres fueron inconsistentes, tal vez por la dificultad de obtener una muestra de tamaño adecuado (Echeverría-San Vicente *et al.*, 2012).

3.3 Re-conceptualización del modelo cognitivo conductual en prevención de recaídas

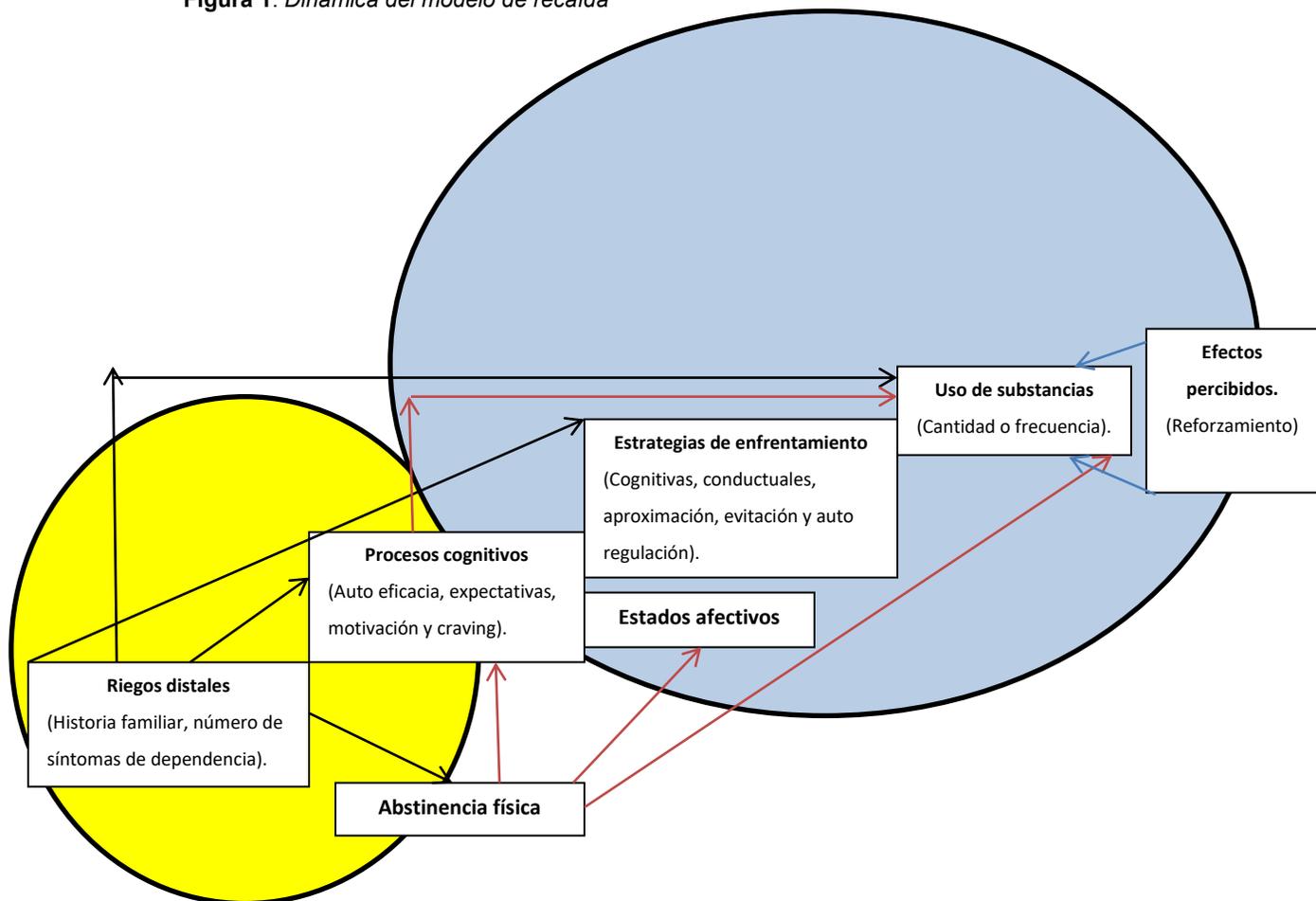
Recapitulando, la teoría de prevención de recaídas, requiere un grado de complejidad ya que anteriormente se veía que el incremento de la probabilidad de recaída estaba en función de inefectivas estrategias de afrontamiento, disminución de auto eficacia y expectativas positivas del consumo de alcohol, puestas en una situación de alto riesgo que lo llevaba a la recaída (Marlatt & Gordon, 1980).

Actualmente Marlatt y Donovan (2005), proponen que los determinantes que van a llevar al individuo a la recaída son multidimensionales y dinámicos. El uso de una respuesta efectiva de afrontamiento puede no garantizar un incremento en la auto-eficacia y continuar con la abstinencia, aunque en conjunción con un apoyo social, afecto positivo, y expectativas negativas ante el consumo de alcohol podría mejorar el mantenimiento de la abstinencia.

Aparentemente los cambios insignificantes en algún factor de riesgo (reducción de auto-eficacia) podrían desencadenar en una espiral cuesta abajo con un incremento en la ansiedad, en las expectativas de resultados positivos de consumo de alcohol, y en la intensificación de los efectos negativos. Estos cambios pueden resultar en una recaída mayor, con frecuencia iniciada por una señal pequeña. Al respecto, una recaída a niveles previos de abuso de un individuo en abstinencia habría sido visto como caótico (Marlatt & Donovan, 2005). Sin embargo, la actual re conceptualización de la recaída reconoce la complejidad y naturaleza dinámica de este proceso. Consideremos un ejemplo: un individuo con una historia familiar de alcoholismo y una auto-eficacia baja, es probable que haga más apreciaciones negativas a la situación a enfrentar (*“Yo no puedo lograr esto...mi mamá fue una alcohólica y yo lo seré también”*). Esta baja auto-eficacia hace a la persona más susceptible a una respuesta ineficaz al afrontamiento de una situación de alto riesgo, e incrementa la probabilidad de una caída. Esta misma será seguida por futuras reducciones de su auto eficacia, lo cual combinado con una alta probabilidad de dependencia física (dada la historia familiar), guiará a una segura y segura recaída.

Enfocándose en dicha situación Witkiewitz y Marlatt (2004), proponen una interacción dinámica entre varios factores que conducen a situaciones de alto riesgo. En cada situación, un individuo se enfrenta con el reto de balancear múltiples señales y posibles consecuencias. La respuesta del individuo puede ser descrita como un sistema auto organizado, incorporando factores de riesgo distales (años de dependencia, historia familiar, apoyo social, y comorbilidad), procesos cognitivos (auto-eficacia, expectativas de resultados, ansiedad, motivación), y habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento. Como se muestra en la Figura 1, este modelo dinámico de recaída permite varias configuraciones o riesgos de recaída distales y proximales.

Figura 1. Dinámica del modelo de recaída



Las flechas color rojo representan las influencias proximales y las líneas negras representan influencias distales. Los cuadros conectados representan reciprocidad entre sí (las habilidades de afrontamiento influyen en la conducta de beber y, la bebida a su vez tiene influencia en las estrategias de afrontamiento). Estos *circuitos de retroalimentación* permitidos por la interacción entre habilidades de afrontamiento, cogniciones, estados afectivos, y conducta de abuso de sustancias, como se representa por el gran círculo azul de la Figura 1, y las situaciones de riesgo (caminar por una licorería) juegan un papel prominente en la relación entre factores de riesgo y la conducta de uso de sustancias.

A fin de probar esta nueva teoría, investigaciones futuras necesitan incorporar estrategias analíticas de datos innovadores para relaciones complejas y discontinuas entre variables. Por ejemplo: Piasecki *et al.*, (2000) han proporcionado información sobre la dinámica de la abstinencia al dejar de fumar, demostrando que la vulnerabilidad de la recaída está indexada por la combinación de la severidad, trayectoria y variabilidad de los síntomas de abstinencia.

La utilidad de sistemas dinámicos no lineales, tales como los modelos basados en la teoría del caos/catástrofe, en la predicción y explicación del abuso de sustancias se ha usado para predecir la recaída en el consumo de alcohol. Los modelos basados en la teoría del caos permiten la predicción de súbitos cambios discontinuos en una conducta como resultado de ligeros cambios continuos en el medio ambiente y situaciones variables.

Hufford, Witkiewitz, Shields, Kodya y Caruso (2003), evaluaron un modelo catástrofe, en el que incorporaron la dependencia al alcohol, auto-eficacia, depresión, consumo severo de alcohol, historia familiar, conflicto familiar y estrés como precursores de consumo 6 meses después de tratamiento, visto en usuarios internados en centros de tratamiento (adicción muy aguda) y a usuarios externos (adicción menos aguda). Dicho modelo proporcionó un ajuste significativamente mejor en ambas muestras, prediciendo el 58% (pacientes internos) y 83% (pacientes externos) en comparación con el ajuste de los modelos lineales los cuales solo proporcionaron 19% (pacientes internos) y 14% (pacientes externos).

Las técnicas del modelo catástrofe permiten ajustarse a funciones discontinuas e intentan capturar más de la información que rodea a los modelos estadísticos tradicionales. Con frecuencia los datos (y el comportamiento) son multimodales, sin embargo las funciones lineales estimaran un mejor ajuste en la línea entre los modos estadísticos. El modelo de catástrofe busca maximizar la función cercana a los modelos estadísticos, permitiendo a que más datos sean clasificados como diferencias únicas en lugar de errores (Marlatt & Donovan, 2005).

Finalmente, el tener un marco de intervención cognitivo conductual nos lleva a poder implementar diversas estrategias de afrontamiento, las cuales tienen efectos para lograr una meta ya sea de abstinencia o moderación en el consumo del usuario. Sin embargo, el modelo actual de prevención de recaídas se basa en diversas variables que interactúan entre sí para que el usuario presente una caída o recaída una de esas variables son las situaciones precipitadoras de consumo de alcohol las cuales son medidas por el *Inventory Drinking Situation* elaborado originalmente por Annis (1982), y adaptado al español por Echeverría-San Vicente, Oviedo y Ayala-Velázquez, (1998).

Capítulo 4. Evaluación de situaciones de riesgo que precipitan el consumo de alcohol

4.1 Inventory Drinking Situation (IDS)

Las situaciones donde se consume el alcohol y otras sustancias de abuso pueden jugar un papel importante en determinar el grado de ingesta de la sustancia. Un problema en el área de investigación sobre consumo de alcohol es la falta de métodos estandarizados para su examinación, por tal motivo se desarrolló el *Inventory Drinking Situations (IDS)* para ofrecer una herramienta objetiva y útil para la evaluación estandarizada de situaciones de consumo de alcohol en población con un problema de consumo excesivo (Annis, 1982).

Este instrumento propuesto por Annis (1982), fue desarrollado en Toronto, Canadá, en donde se inició un programa de investigación en el que se evaluaron instrumentos que medían conceptos de la terapia cognitivo-conductual. Esta aproximación involucró un análisis individualizado del patrón de comportamiento de bebedores previo al tratamiento, este patrón de comportamiento se caracterizó por un fuerte consumo de alcohol. El IDS es un cuestionario de auto-reporte de 100 preguntas, diseñado para evaluar los antecedentes de los usuarios con fuerte consumo de alcohol del último año previo a entrar a tratamiento. Los reactivos son contestados en una escala Likert de 4 puntos, donde 1 es nunca, 2 raramente, 3 frecuentemente y 4 casi siempre, dichos reactivos están agrupadas en 8 categorías de acuerdo con la clasificación de Alan Marlatt (Marlatt & Gordon, 1985) las cuales son las siguientes: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, control personal, deseo y urgencia por consumir, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

Para cada uno de los reactivos los sujetos marcaron la frecuencia con la que beben alcohol en el último año. Cada reactivo es respondido en una escala Likert de 4 puntos en donde 1 es nunca, 2 raramente, 3 frecuentemente, 4 casi siempre, dichas puntuaciones se engloban en cuatro perfiles de riesgo.

El análisis del perfil modal propuesto por Skinner y Lei (1980), es una estrategia de clasificación multivariada basada en el concepto de “tipo ideal” esto representa una aproximación dimensional de clasificación, es decir se busca localizar al individuo dentro de un orden inferior del espacio multidimensional, cada “*perfil modal*” podría definirse como un “*hipotético patrón de perfil*” que es característico de un subconjunto de individuos de una población (Skinner, 1977). Por consiguiente, la atención principal es en el grado de similitud entre los perfiles de los individuos.

Hay tres distintas etapas de análisis que participan en la clasificación del perfil modal. Durante la primera etapa, el perfil de cada sujeto se transforma para eliminar los aspectos de la elevación global (media) y de dispersión (desviación respecto a la media), de modo que el “*perfil modal*” puede basarse únicamente en la forma (las subidas y bajadas) de los perfiles. La muestra se divide (por ejemplo, par / impar) y los perfiles preliminares se identifican dentro de cada una de las dos muestras. La segunda etapa consiste en la evaluación de la similitud entre estos dos conjuntos de perfiles modales de la sub-muestra con el fin de evaluar la fiabilidad de los resultados. El sistema operativo de salida de esta etapa es un conjunto de perfiles finales o comunes que han demostrado la replicación cruzada muestra (Annis, 1982).

En la tercera etapa, la tipología final se usa para reclasificar la muestra completa. Los puntajes de los sujetos se correlacionan con cada perfil modal, y sobre esa base cada sujeto es asignado al perfil modal sobre el cual sus puntajes de las sub escalas del ISD muestran una alta correlación.

Si las puntuaciones del sujeto no correlacionan por encima de 0.50 con cualquiera de los perfiles, ese sujeto no se clasifica. La capacidad del análisis del perfil modal que da cuenta de los datos originales se puede evaluar sobre la base del porcentaje de la varianza en cuenta, así como la eficacia general de clasificación (el porcentaje de la muestra clasificada).

4.1.1 Propiedades psicométricas

El análisis de función discriminante se utilizó para explorar las características de los usuarios relacionadas con los 4 tipos de perfiles del IDS. Se consideraron tres variables socio-demográficas (sexo, edad y estatus marital) y cinco variables relacionadas con el consumo de alcohol (número de tragos estándar por día, número de días de consumo por semana, número de años por consumo de alcohol, porcentaje de tiempo que consume solo, y nivel de dependencia del alcohol) las cuales fueron seleccionadas para el análisis estadístico. Posteriormente, se dirigieron dos funciones discriminantes significativas, en cuanto a la varianza, la primera representó el 24% del total de la varianza entre grupos, y la segunda fue de un 8.8%. Ahora bien, La primera función discriminante reflejó principalmente el porcentaje de tiempo que se gastaba en beber alcohol solo ($r=0.68$), el sexo del usuario ($r=0.61$) y el nivel de dependencia al alcohol ($r=0.29$), mientras que la segunda función discriminante reflejó la frecuencia de beber ($r=0.59$), edad ($r=0.35$), número de años por consumo de alcohol ($r=0.28$) y cantidad diaria consumida ($r=0.25$).

Tal como se evaluó en los centroides del grupo (*Método de clusters no jerárquicos*), la primera función tendía a discriminar mejor el perfil negativo del perfil positivo, y estos dos eran distintos de los demás grupos. Mientras que la segunda función tendió a discriminar perfil positivo del perfil de bajo displacer físico, específicamente los resultados apoyaron las siguientes conclusiones.

Cuando la muestra total fue reclasificada usando las dos puntuaciones de la función discriminante, se encontró que las funciones fueron más precisas en la clasificación de los perfiles negativos y positivos (73% y 66% de los usuarios respectivamente); fue una precisión moderada al clasificar el perfil de malestar físico (47% de los usuarios); y finalmente el perfil de bajo control personal.

Por consiguiente, dichos resultados sugieren que la mayoría (88%) de bebedores de consumo excesivo que buscan tratamiento pueden ser categorizados dentro de 4 tipos de perfiles en términos de sus antecedentes de su consumo de alcohol el cual es evaluado con el IDS (Annis, 1982).

4.1.2 Perfiles de riesgo del IDS

Para determinar las diferencias de las ocho situaciones de consumo de alcohol, usadas en los cuatro tipos de perfiles modales, Annis y Graham (1995) utilizaron un análisis de varianza (ANOVA), en una muestra de ($n= 286$), la cual se distribuyó de la siguiente manera en los cuatro perfiles modales: perfil negativo ($n= 28$) marcado por altos puntajes en las sub escalas: emociones desagradables y conflictos con otros; perfil positivo ($n= 24$) marcado con altos puntajes en la escala de emociones agradables, presión social y momentos agradables con otros; perfil de baja evaluación de control personal ($n= 73$) tuvo altos puntajes en la escala de control personal. Finalmente, el perfil denominado malestar físico ($n=87$) obtuvo altos puntajes en la escala de malestar físico.

Ahora bien, en cuanto a las características clínicas de cada perfil se encontró lo siguiente: 1) perfil negativo: usuarios que en su mayoría son mujeres y ante emociones desagradables (depresión, ansiedad y aburrimiento) y conflictos con otros (peleas en casa o trabajo) tienden a presentar consumo excesivo de alcohol y niveles altos de dependencia; 2) perfil positivo: usuarios que en su mayoría son hombres de edades mayores y a pesar de que su consumo excesivo se presenta ante emociones agradables (sensación de estar relajado, querer celebrar), presión social (ofrecer una bebida, estar en presencia de otros que estén bebiendo) y momentos agradables con otros (querer pasar un buen tiempo con amigos, disfrutar una fiesta) presentan un nivel de dependencia bajo y reportan pocos años con problemas de consumo de alcohol este tipo de perfil fue el más común en el ISCA y se presenta en niveles temprano de consumo; 3) perfil de baja evaluación del control personal, son usuarios caracterizados por uso de alcohol con el fin de evaluar la fuerza de voluntad o control personal; y 4) perfil de malestar físico, usuarios caracterizados por uso de alcohol como auto medicación es importante mencionar que éstos dos últimos no están determinados.

Estas diferencias en cuanto a los perfiles pueden llegar a individualizar el tratamiento cognitivo conductual. Por un lado, en el perfil positivo, la consejería se puede enfocar en hacer que el usuario aprenda a identificar y anticipar situaciones específicas que se presenten en la semana, tales como: emociones agradables, disfrutar la compañía de otras personas, o estar en alguna situación en la que se le ofrezca una bebida, se podría desarrollar alternativas de estrategias de afrontamiento de esas situaciones. Por otro lado, en el perfil negativo, se le enseñaría al usuario estrategias para anticipar y afrontar principalmente emociones desagradables y situaciones de conflictos con otros.

En el caso de los perfiles que no están determinados (perfil de baja evaluación del control personal y el perfil de bajo displacer físico), el consejero querrá determinar si el perfil es un preciso reflejo del comportamiento de consumo del usuario, al evaluar si el usuario está tratando de presentar un muy desfavorable punto de vista (alta elevación del perfil) o un favorable punto de vista (baja elevación del perfil) de su patrón de consumo (Annis y Graham, 1995).

4.1.3 Adaptaciones y aplicaciones realizadas del IDS

Como ya se mencionó el IDS es un instrumento que identifica situaciones de riesgo asociadas al consumo de alcohol en población con un consumo excesivo. En 1997 se hizo un estudio cuyo propósito fue examinar el perfil de las situaciones de consumo de alcohol en una población no alcohólica de 73 individuos, los cuales se dividieron en dos grupos dependiendo el consumo: consumo bajo y excesivo. Con respecto a sus características sociodemográficas el 59% fueron mujeres con una media de edad de 32.1 años, y el 69% de la muestra mencionó haber sido estudiantes universitarios. En cuanto al promedio de consumo, se reportó un promedio semanal de 136 ml, de los cuales fueron de 203 ml en hombres y 91 ml en mujeres (Victorio & Mucha, 1997).

Con respecto a las propiedades psicométricas, las ocho sub-escalas del IDS mostraron buena confiabilidad (consistencia interna), con excepción de la escala de urgencia por consumir (0.51), el resto de las situaciones presentaron una confiabilidad por arriba de (0.90). En cuanto a los resultados, se confirmó que la población con un mayor consumo de alcohol semanal bebe en situaciones que involucran un reforzamiento negativo (emociones desagradables, control personal y urgencia por consumir) adicionalmente a las escalas anteriores, el malestar físico y conflictos con otros se relacionó con el beber solo. Finalmente, en la población con bajo consumo de alcohol, su consumo se encuentra relacionado con situaciones sociales.

En otro estudio realizado por Annis, Graham y Davis (1987) y debido a la redundancia de los reactivos de la prueba original, deciden desarrollar una versión más corta del IDS ahora con 42 reactivos que midieran situaciones específicas de consumo de alcohol. En cuanto a las propiedades psicométricas del IDS-42, se obtuvo un alfa en las ocho sub escalas que va desde 0.80 a 0.92. Asimismo, se comparó las sub escalas de la prueba original con la versión breve y se obtuvo una correlación que va de 0.93 a 0.98 indicando una concordancia entre ambas pruebas.

Partiendo de lo anterior, en un estudio realizado por Carrigan, Barton y Stewart (1998), cuyo objetivo fue examinar las propiedades psicométricas del IDS-42, y correlacionar las ocho sub-escalas con datos de frecuencia de consumo de alcohol, en una muestra no clínica de 473 estudiantes universitarios de psicología de la universidad de Dalhousie en Toronto (338 mujeres, 133 hombres, 2 no especificaron) con una edad promedio de 21.7 y que al menos hayan probado una vez alcohol en el último año, lo cual se reportó en el 83.7% ($n= 396$; 283 mujeres y 111 hombres) de la muestra.

En cuanto a la consistencia interna, las escalas de emociones agradables, desagradables, conflictos con otros, presión social y momentos agradables con otros obtuvieron un alfa de Cronbach mayor que 0.83 pero menor que 0.88. Sin embargo, las escalas de control personal, deseo y urgencia por consumir y malestar físico tuvieron un alfa moderado menor que 0.72.

Se utilizó la U de Mann Whitney para evaluar diferencias de género a través de las situaciones de consumo, donde se encontró que el consumo de alcohol en hombres fue más significativo en las situaciones de momentos agradables con otros y presión social. Además, los hombres suelen beber más frecuentemente que las mujeres ante situaciones de control personal y deseo o urgencia por consumir. Finalmente, se concluyó que los estudiantes suelen beber más frecuentemente ante situaciones de reforzamiento positivo (emociones agradables) en comparación con situaciones que involucran reforzamiento negativo (emociones desagradables) y situaciones de tentación (evaluar control personal; deseo y urgencia por consumir), las cuales se encontró tener poca relación con la frecuencia de consumo. Por tanto, beber en situaciones de tentación parece estar motivado por razones distintas del reforzamiento negativo o positivo en población universitaria.

En un estudio realizado por Cannon, Leeka, Patterson y Baker (1990), se encontró que el IDS original indica que los patrones de asociación entre los reactivos, son mejor representados por 3 factores de alto orden, los cuales son situaciones negativas, positivas y de tentación. Ahora bien, en una investigación realizada recientemente con el IDS original tuvo 2 objetivos: el primero, analizar las propiedades psicométricas del IDS en una muestra de adolescentes con problemas debido a su consumo de alcohol, y el segundo, analizar las relaciones de situaciones de consumo de alcohol con los resultados relacionados con el alcohol 1 y 3 años después de tratamiento.

Los participantes fueron adolescentes, que formaron parte del estudio llamado *Alcohol Research Center (PAARC)* en Pittsburgh, dicha muestra se caracterizó por un trastorno de consumo de alcohol y se reclutó de sitios de tratamiento para alcohol, de programas de tratamiento psiquiátrico y programas de centro de integración juvenil. Esta muestra fue constituida por una $n=352$, edad promedio de 16.6 años (rango de 12-19 años), 65.6% (231) de los cuales fueron hombres, y el 86% fueron caucásicos.

En cuanto a los resultados, se encontró que los 3 factores de la prueba mencionados previamente proporcionan el mejor ajuste a los datos al igual que en población adulta: situaciones negativas ($\alpha = 0.98$), sociales ($\alpha = 0.95$), y tentación ($\alpha = 0.84$). Con respecto a la validez convergente y discriminante, la evidencia sugiere que la sub escala de situaciones negativas se relaciona con más fuerza a un indicador de emocionalidad negativa. Además, las sub escalas de situaciones sociales se asociaron más fuertemente con un indicador de comportamiento bajo control que a un indicador de emocionalidad negativa. Asimismo, las situaciones de conducta social y tentación de consumir fueron asociadas con consumo de alcohol 1 año después del tratamiento. No obstante, este patrón no se encuentra relacionado a 3 años después del tratamiento. Finalmente, podemos concluir que estos resultados indican que el IDS es un instrumento confiable y válido para su uso con adolescentes que reciben tratamiento por problemas relacionados con el alcohol.

4.2 Inventario situacional de consumo de alcohol

Como ya se mencionó anteriormente la creación del ISCA se basó en un microanálisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo, dicho instrumento puede ser utilizado como una herramienta para la planeación de tratamiento cognitivo conductual y para anticipar el proceso de recaídas (Echeverría-San Vicente, Oviedo & Ayala-Velázquez, 1998).

4.2.1 Descripción del instrumento

Los reactivos del ISCA miden situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior y están diseñados para medir 8 categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos.

1. Situaciones personales: en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías:

- a. Emociones desagradables.
- b. Malestar físico.
- c. Emociones agradables.
- d. Probando autocontrol.
- e. Necesidad o urgencia por consumir.

2. Situaciones que involucran a terceras personas, que se subdividen en tres subcategorías que son:

- a. Conflicto con otros.
- b. Presión social.
- c. Momentos agradables.

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

Seis de las ocho sub escalas de la versión final del inventario situacional de consumo de alcohol (Malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad, y momentos agradables con otros) están representadas con 10 reactivos por cada categoría y las otras dos sub escalas (emociones desagradables y conflictos con otros) están representadas por 20 reactivos en cada una de ellas, dando un total de 100 reactivos por toda la escala.

4.2.2 Perfil del usuario

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

De esta forma se puede observar si el cliente consume de forma excesiva en situaciones personales o en situaciones de grupo. Otra forma de obtener un perfil del cliente es categorizando las sub escalas en situaciones positivas o negativas, por ejemplo emociones desagradables, conflicto, necesidad de consumir, las cuales son situaciones negativas, mientras que emociones agradables o momentos agradables son situaciones positivas (Echeverría-San Vicente *et al.*, 1998).

4.2.3 Adaptación en México y uso en otros países

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

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

Posteriormente se piloteó el instrumento utilizando una muestra de 55 personas formadas por hombres que era el 68% y mujeres el 32%, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo, y con un nivel educativo mínimo de primaria y máximo de licenciatura (Echeverría-San Vicente *et al.*, 1998).

Los resultados del perfil del usuario son de utilidad para el terapeuta en el desarrollo del plan individual de tratamiento. Sin embargo, algunas precauciones deben tomarse en cuenta. Algunos usuarios tienden a minimizar la frecuencia de su consumo excesivo; de esta forma la tendencia del perfil resultará en un perfil de baja elevación. No obstante, las diferencias obtenidas entre las diversas sub escalas pueden seguir siendo de utilidad clínica (Echeverría-San Vicente *et al.*, 1998).

Otra limitación es que este instrumento no se encuentra validado en población mexicana por ende el objetivo de dicha investigación es en primer momento la validación de dicho instrumento en población consumidora de alcohol.

Ahora bien, a pesar de no estar validado el ISCA, dicho instrumento se ha usado en diferentes países. Por ejemplo, en Colombia se realizó una investigación cuyo propósito fue describir los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes entre 12 y 17 años de la ciudad de Bogotá. Se contó con una muestra de 406 sujetos (242 hombres y 164 mujeres), estudiantes de bachillerato en colegios privados; de los cuales 152 fueron a colegio mixto, 132 a colegio femenino y 122 de colegio masculino (Cicua, Méndez & Muñoz, 2008).

En los resultados descriptivos se reportó una media de edad de 11.19 años como edad de inicio de consumo de alcohol, el lugar de consumo señalado con mayor frecuencia fue la casa de un amigo (48%), seguido de la casa propia (34.5%). El tipo de bebida señalada de más consumo fue la cerveza (54.7%), y el aguardiente (14.5%). En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, un 65.92% de la muestra reportó algún nivel de consumo que va desde diario hasta anual, presentándose mayormente en hombres (69.48%) que en mujeres (60.73%), siendo esta diferencia significativa de acuerdo a una chi-cuadrada. Ahora bien, en cuanto a los análisis realizados en las situaciones de riesgo: emociones desagradables (54.5%) y malestar físico (72.5%), calificaron con un alto riesgo; presión social (48.7%) y momentos agradables con otros (47.9%) se relacionaron con un riesgo moderado.

En cuanto a los análisis estadísticos se utilizó la correlación de Spearman realizando diez asociaciones entre los posibles factores que llevan a que los adolescentes inicien y mantengan su consumo de alcohol, encontrándose correlaciones positivas entre: momentos agradables y presión social (0.78); emociones agradables y presión social (0.75); momentos agradables y emociones agradables (0.74); momentos agradables y necesidad por consumir (0.74); conflictos con otros y emociones desagradables (0.73); presión social y probando autocontrol (0.63); emociones desagradables y presión social (0.59), y conflictos con otros y presión social (0.56).

Adicionalmente, se utilizó la asociación Tau-c de Kendall teniendo como punto de corte (0.40), y valores igual o mayor a éste, además de presentar una significancia de $p < 0.01$ para determinar los factores de mayor riesgo para consumo de alcohol. Obteniendo como resultados que las situaciones de emociones agradables y momentos agradables con otros fueron las más frecuentemente encontradas como factores de riesgo de consumo (Cicua *et al.*, 2008).

Asimismo, otro estudio en la misma ciudad buscó determinar los factores asociados al consumo de alcohol en jóvenes universitarios de Bucaramanga, uno de sus objetivos fue proponer y diseñar acciones de prevención en consumo de alcohol (Albarracín & Muñoz, 2008). Dicha investigación fue un estudio descriptivo transversal, en el que se llevó a cabo una valoración intencional de las situaciones de consumo desde el ámbito demográfico de los participantes en sitios de convivencia natural de Bucaramanga y su área metropolitana.

Se contó con la participación de 198 estudiantes de cuatro universidades seleccionadas a través de un muestreo intencional. Los estudiantes pertenecían a los dos primeros años de universidad de instituciones ubicadas en el área Metropolitana; tres de ellas son universidades privadas y una pública. Los jóvenes fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios: a) matriculados en cualquiera de los cuatro primeros semestres, b) pertenecientes a cualquiera de las cuatro universidades escogidas, c) de ambos sexos y d), de cualquier facultad.

Para realizar la investigación se utilizaron dos instrumentos, una ficha de datos generales para medir las características de lugar, frecuencia, cantidad, evento del consumo y datos demográficos y el ISCA adaptado a población mexicana en 1997. Ambos instrumentos fueron aplicados de manera individual y se accedió a la población mediante el contacto con las dependencias de Bienestar Universitario de cada universidad (Albarracín & Muñoz, 2008).

Los resultados obtenidos de acuerdo al objetivo establecido, fueron en primer lugar de la muestra de 198 sujetos con edad entre 16 y 25 años, 74 (37.4%) eran hombres y 124 (62.6%) eran mujeres. En promedio, la edad de los estudiantes fue de 19.7 años. El 71.7% de los sujetos cursan sus estudios en universidades privadas; el 28.3 % restante lo hacen en universidades públicas.

La edad media encontrada para el consumo de alcohol por primera vez es de 14.7 años. El consumo fue principalmente en la discoteca (24.4 %), la casa de los amigos (21.9 %), los bares (15.3 %) y la casa propia (15.3 %). Es importante mencionar que los jóvenes que habitualmente consumen alcohol en espacios familiares, con similar frecuencia lo hacen en lugares que promueven dicha actividad.

Con respecto al tipo de bebidas alcohólicas consumidas, se presenta con mayor frecuencia la cerveza (46.6 %), seguida por el ron (21.2 %), el aguardiente (18.8 %). En cuanto a la frecuencia, el consumo de cerveza es de cuatro a seis botellas o latas. Con respecto al aguardiente, el ron, hasta un cuarto de botella. Es importante mencionar que el 93.9 % de los sujetos reportaron algún nivel de consumo que va desde frecuencia diaria hasta anual, siendo más frecuente el consumo mensual (42.4 %), seguido del anual (14.6 %).

Al observar el consumo de alcohol por género, se encontró que es mayor en hombres (95.9%) que en mujeres (92.7%), esta diferencia de acuerdo a una Chi cuadrada fue significativo ($Chi = 21.18$ $p = .000$). Ahora bien, el nivel de riesgo entre los sujetos fue moderado (83.8%), lo cual se traduce en que los jóvenes bebieron algunas veces en exceso en cierto tipo de situaciones en el último año.

En cuanto a las correlaciones con base en el estadístico Tauc de Kendall para variables ordinales, se detectaron asociaciones significativas entre todas las categorías constituyentes de la escala situaciones personales y las categorías constituyentes de la escala situaciones que involucran a terceras personas ($p < 0.05$). Haciendo un corte en el punto 0.40, los mayores incentivos para el consumo de alcohol se dan cuando se presentan: emociones desagradables y conflictos con otros ($Tau-c = .642, p = .000$), seguido por emociones agradables y momentos agradables ($Tau-c = .629, p = .000$), siendo también significativa la asociación entre emociones agradables y presión social ($Tau-c = .564, p = .000$).

En general, puede señalarse que frente al consumo de alcohol, los sujetos presentan riesgo de consumo moderado, tanto en situaciones personales (88.2%), como en aquellas que involucran a otras personas (98.4%). Los mayores índices de riesgo de consumo se presentan en las sub-escalas emociones agradables, perteneciente a la escala situaciones personales y momentos agradables con otros, la cual involucra a terceras personas. Los incentivos para el consumo de alcohol se dan cuando se presentan: emociones desagradables y conflictos con otros, seguido de emociones agradables y momentos agradables con otros, siendo también significativa la asociación entre emociones agradables y presión social (Albarracín & Muñoz, 2008).

Finalmente, una investigación más reciente desarrollada en México en el estado de San Luis Potosí en el 2011, tuvo como propósito determinar los factores asociados en el consumo de alcohol en los estudiantes de la carrera de Ingeniería Civil.

Este estudio fue no experimental de tipo descriptivo, con análisis factorial y de corte transversal, el cual se llevó a cabo a lo largo de dos años en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (México) con los alumnos de la licenciatura en Ingeniería Civil. El tipo de muestreo fue aleatorio simple, con un índice de confiabilidad de 0.95 y margen de error de 5% (Cruz *et al.*, 2011).

El universo estuvo conformado por 911 alumnos inscritos en la institución, del que se empleó una muestra total de 68 estudiantes de la carrera de Ingeniería Civil; los semestres incluidos fueron el primero, tercero, quinto, séptimo y noveno; se excluyeron los alumnos que negaron consumir alcohol (37.1%) o que decidieron no participar en el estudio. Se utilizó el ISCA, el cual se le agregaron quince ítems para identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.

En cuanto a los resultados del análisis descriptivo de las características de la muestra de estudio se reporta de manera significativa que el 42%.6 de la muestra ingirió alcohol por primera vez a los 15 años y el 32.4% a los 12 años, que el tipo de bebida preferida es la cerveza en un 55.9%, que el 44% consume de 1 a 2 copas estándar por ocasión y el 27.9% consume de 3 a 4 bebidas. Asimismo vemos que el 44.1% consume semanalmente seguido del 39% que lo hace mensualmente. En cuanto al estado civil, situación laboral y religión, vemos que el 97.1% son solteros el 79.4% no trabajan y el 83.8% son católicos.

Los resultados del análisis factorial permitieron determinar que existe un factor identificado como biopsicosocial (bio = necesidad física; psico = emociones agradables y desagradables, y social = conflicto con otros y presión social), que representa 64.38% de la variabilidad del sistema. Esto quiere decir que cuando cada uno de estos factores están presentes, el consumo de alcohol aumenta en los alumnos de Ingeniería Civil (Cruz *et al.*, 2011).

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con los datos del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, elaborada entre el 2004 y 2005, indican que aproximadamente el 75% de los individuos con diagnóstico de dependencia de alcohol en el año pasado no tenían el diagnóstico actual, pero que sólo alrededor del 20% de estos individuos fueron abstinencia de alcohol (NESARC, 2010).

El seguimiento prospectivo de la muestra de usuarios con diagnóstico de dependencia de alcohol, ha indicado que el consumo de baja incidencia representa un factor de riesgo para la recaída a un trastorno de alcohol en comparación con la meta fijada para esta población que es la abstinencia. Es importante mencionar que el seguimiento en un periodo de largo plazo de esta muestra ayudará a clarificar el papel del consumo de alcohol en la recuperación del trastorno por consumo de alcohol.

Ahora bien, a pesar del progreso sustancial en el desarrollo del tratamiento para los trastornos de alcohol y drogas, sólo alrededor de una quinta parte de individuos con trastorno de alcohol y una sexta parte de quienes tienen trastorno por abuso de otras drogas buscan tratamiento para la enfermedad a lo largo de su vida.

La investigación en el área de recaídas después de un tratamiento es muy limitada. Sin embargo, en la investigación disponible en adultos se encuentra que la duración media de todo el proceso de adicción (desde el primer uso de cualquier sustancia hasta su último uso) es aproximadamente de 27 años. El proceso de la adicción se define como el tiempo desde el primer al último uso y después de un año de abstinencia continua.

Esto no quiere decir que las personas abusadoras o dependientes van a experimentar los síntomas de un trastorno por uso de sustancias durante la totalidad de este tiempo, ya que la recuperación es un proceso dinámico que puede consistir en múltiples períodos de abstinencia y por ende de recaídas (Dennis, Scott, Funk & Foss, 2005).

Además, el tiempo en el que inician el consumo y se desarrolla el trastorno es alrededor de 4-5, años que pasan antes de buscar el tratamiento. Ahora bien, después de la búsqueda de tratamiento pueden pasar 8 años antes del primer año de remisión; en estos 8 años se puede buscar entre 4 a 5 veces tratamiento, esto quiere decir que durante este periodo pueden existir recaídas (Grant *et al.*, 2015).

Las personas que buscan tratamiento y ya presentan un trastorno de dependencia, muestran una alta incidencia de recaída del 80% en los 12 meses posteriores de haber finalizado el tratamiento. Si el mantenimiento de la abstinencia continua por un periodo de 5 años las probabilidades de recaída se reducen a un 15% (Rose, Skelly, Naylor & Helzer, 2012).

En cuanto a las tasas de remisión y recuperación varían en función del tipo de sustancia y la gravedad del trastorno por consumo de sustancia (White, 2012). Las tasas de remisión estimadas en trastornos por uso y dependencia de alcohol en los Estados Unidos corresponden al 73.6% y 69.6% respectivamente. Finalmente, los predictores de un pronóstico positivo de recuperación incluyen el funcionamiento social, la buena salud y la abstinencia. Un predictor de pobres resultados en el tratamiento y por ende mayor periodo de recaídas es tener comorbilidad psiquiátrica. Desde el principio en el proceso terapéutico de cambio, las recaídas son más frecuentes y más graves, pero con el tiempo y la experiencia en el tratamiento, las recaídas se vuelven más esporádicas y menos graves (Ferri, Amato & Davoli, 2006).

Este proceso se manifiesta de manera diferente tanto para hombres como mujeres. Como ya se mencionó en el Informe Sobre la Situación Mundial de Alcohol y Salud, elaborado por la OMS en el 2014, existen diferencias respecto a la mortalidad y morbilidad por sexo, por lo que el porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres (OMS, 2014).

En cuanto a los niveles de dependencia, entre el 2002 y 2011, la dependencia aumentó en hombres de 8.3% a 10.8% y en mujeres se triplicó de 0.6% a 1.8%. En relación al consumo alto de alcohol, se observó que del 2008 a 2011 en los hombres aumentó de 45% a 47.2%, mientras que en las mujeres se mantuvo estable 19.9% y 19.3%, (Medina-Mora *et al.*, 2011).

Existen diversas variables que pueden precipitar el consumo de alcohol, incrementar la cantidad de consumo, el nivel de dependencia, o incluso elicitar la recaída después de recibir un tratamiento por consumo de alcohol. Entre alguna de estas variables se tienen los efectos reforzantes de la sustancia, las expectativas positivas asociadas al consumo, hasta diversas situaciones de riesgo inter e intrapersonales que pueden precipitar el consumo de alcohol o la recaída (Marlatt & Gordon, 1985).

Esto corresponde, como ya se mencionó anteriormente, a un estudio realizado por Annis y Graham (1985), en el que propone dos perfiles principales de riesgo con base a un análisis de ocho situaciones de riesgo precipitadoras para el consumo de alcohol que se midieron mediante el *Inventory Drinking Situation (IDS)*. En el perfil negativo: los usuarios muestran un consumo excesivo de alcohol en respuesta a emociones negativas y conflictos con otros y se presentó con mayor frecuencia en mujeres. El perfil positivo: los usuarios fueron en su mayoría hombres y mostraron significativamente un consumo excesivo de alcohol y las sub escalas que se encontraron relacionadas fueron: emociones agradables, presión social y momentos agradables con otros.

Cabe mencionar que dicho instrumento únicamente se encuentra traducido al español pero no se encuentra validado en población mexicana lo que implica la necesidad de precisar la frecuencia y cantidad con la que ocurren diferentes tipos de precipitadores ante el consumo del usuario, ya que además se puede estar ubicando a usuarios consumidores en situaciones de riesgo en las cuales probablemente no están.

Validar las situaciones precipitadoras de consumo de alcohol, así como el obtener el tipo de perfil de riesgo considerando el sexo, edad y nivel de dependencia. Por un lado, es importante debido a que dicho instrumento se utiliza en diversos centros de atención al consumo de sustancias en el contexto de intervenciones breves principalmente en usuarios que llegan por consumo de alcohol y considerando que el alcohol es una droga de impacto se podrá prevenir que el usuario llegue a presentar consumo de otras sustancias psicoactivas (Medina-Mora *et al.*, 2011). Por otro lado, considerando lo anterior se podrá aplicar de manera individualizada en hombres y mujeres consumidores de alcohol, técnicas de corte cognitivo conductual en hombres con la finalidad de disminuir la probabilidad de un consumo excesivo de alcohol y el desarrollar niveles altos de dependencia además de prevenir futuras recaídas (Annis & Graham, 1995).

MÉTODO I

Objetivo general

Establecer si existen diferencias por sexo, edad y nivel de dependencia, con los ocho factores situacionales de consumo de alcohol, mediante la validación del (ISCA) en población adulta consumidora, con el fin de adaptar los perfiles de riesgo de consumo en hombres y mujeres.

Objetivos específicos

1. Validar el inventario situacional de consumo de alcohol.
2. Analizar diferencias por sexo con los ocho factores de consumo de alcohol.
3. Establecer si existen diferencias entre el nivel de dependencia (moderado y/o bajo) con los ocho factores de consumo de alcohol.
4. Determinar si existen diferencias entre los dos grupos de edades que oscilan entre los 18 a 24 años y 25 a 30 años de edad con los ocho factores de consumo de alcohol.

Objetivos de la fase I

1. Validación y confiabilidad del inventario situacional de consumo de alcohol (ISCA)

Participantes

Participaron en el estudio un total de 592 personas que solicitaron servicio psicológico debido a problemas relacionados con su forma de consumo de alcohol. Las edades de los participantes oscilaron desde los 18 hasta los 30 años de edad, con una edad promedio de 21.13 años (D.E.= 2.26); En cuanto al género, el 88.2% (522) fueron hombres y el 11.8% (70) mujeres; en cuanto a sus niveles de dependencia el 66.2% (392) reportan un nivel bajo de dependencia y 33.8% (200) un nivel medio de dependencia.

Proporción de participantes con relación a la prueba

El ISCA cuenta originalmente con 100 reactivos y el mínimo necesario de participantes por reactivo para realizar una validación psicométrica son cinco (Nunnally, 1978). Por consiguiente, se aplicó el inventario a más de 500 consumidores de alcohol que acudieron a tratamiento y cuyo nivel de dependencia osciló entre bajo y medio; se excluyó a participantes con un nivel de dependencia severo y comorbilidad psiquiátrica (Echeverría-San Vicente *et al.*, 1998).

Escenario

La aplicación de instrumentos se realizó en el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CPAHAV) en participantes que solicitaron tratamiento para consumo de alcohol.

Instrumento

Se utilizó una ficha de admisión (ver anexo 1) la cual cuenta con datos socio demográficos como sexo y edad del usuario, así como antecedentes de comorbilidad psiquiátrica. Además, el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, traducido y adaptado al español por Echeverría-San Vicente *et al.*, (1998) cuenta con 100 reactivos con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert que van de Nunca a Casi siempre.

Procedimiento

Se aplicó el instrumento de 100 reactivos en la sesión de evaluación del programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema junto con la aplicación de otros instrumentos tales como la línea base retrospectiva (LIBARE) y el cuestionario de confianza situacional breve (CCS) (Echeverría-San Vicente *et al.*, 2012) . Sin embargo, para objetivos de dicha investigación solo se presentará el análisis de los resultados del ISCA.

Primeramente, se dio a firmar el consentimiento de participación (ver Anexo 2), en donde se les mencionaba sus derechos y obligaciones como usuarios del centro. Posteriormente se les explicó el objetivo de la prueba, así como las instrucciones de resolución de la misma. Finalmente, se les agradeció su participación y se les re-agendó su siguiente cita. Una vez obtenidos los datos se siguió el procedimiento propuesto por Nunnally y Bernstein (1994), y el de Reyes-Lagunes, García y Barragán (2008), que consiste en:

Análisis de porcentaje por cada reactivo para conocer, si las opciones de respuesta fueron atractivas para todos los participantes y conocer el tipo de distribución predominante: normal o sesgada.

- ✓ Discriminación y direccionalidad de los reactivos.
- ✓ Confiabilidad inicial.
- ✓ Análisis de correlación para decidir el tipo de análisis factorial.
- ✓ Análisis Factorial.
- ✓ Confiabilidad total y por factores.

RESULTADOS I

Con respecto al análisis de porcentaje por cada reactivo (ver tabla 1), los 100 reactivos tuvieron frecuencias en todas sus opciones de respuesta. Es importante mencionar que todos los reactivos tuvieron una distribución sesgada, debido a que la mayoría de ellos obtuvieron un mayor porcentaje en las opciones de respuesta *Nunca* y *ocasionalmente*. Por tal motivo, se realiza un análisis de distribución de los reactivos con el fin de saber si la distribución sesgada de los reactivos fue significativa y si existen reactivos que se tengan que recodificar. En cuanto a la distribución de los reactivos (ver tabla 2) encontramos que todos discriminaron significativamente y ninguno se tuvo que recodificar.

Tabla 1*Porcentajes por opción de respuesta de reactivos.*

Reactivo	Porcentajes			
	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi siempre
1-Cuando tuve una discusión con un amigo (a)	55.67	33.33	6.50	4.50
2-Cuando estaba deprimido	14.67	38.33	28.83	18.17
3-Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	20.67	46.67	22.50	10.17
4-Cuando me sentía nervioso y mal de salud	49.83	28.33	15.00	6.83
5-Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas	27.00	39.17	20.00	13.83
6-Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	16.67	36.33	28.83	18.17
7-Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	72.33	22.67	2.33	2.67
8-Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	64.00	25.17	5.33	5.50
9-Cuando alguien me criticaba	58.00	27.83	9.67	4.50
10-Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	10.00	42.00	31.17	16.83
11-Cuando no podía dormir	67.17	20.67	7.33	4.83
12-Cuando quería aumentar mi placer sexual	51.00	32.33	10.33	6.33
13-Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	36.33	38.00	13.83	11.83
14-Cuando me sentía muy contento	12.50	40.17	33.67	13.67
15-Cuando volvía a estar en reuniones donde siempre bebía.	6.17	21.17	41.50	31.17
16-Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido	28.50	36.33	21.67	13.50
17-Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	26.17	39.17	24.67	10.00
18-Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	45.00	34.00	13.00	8.00
19-Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	11.50	34.00	30.33	24.17
20-Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	21.50	36.67	27.50	14.33
21-Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	42.00	31.00	18.33	8.67
22-Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	25.17	40.50	23.17	11.17
23-Cuando sentía que no tenía a quien acudir	40.50	27.33	18.50	13.67
24-Cuando sentía que me estaba deprimiendo	26.17	33.17	23.83	16.83
25-Cuando me sentía rechazado sexualmente	66.17	19.00	7.50	7.33
26-Cuando estaba aburrido	33.50	39.83	17.33	9.33
27-Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	36.17	38.83	18.50	6.50
28-Cuando la gente era injusta conmigo	45.17	31.33	17.67	5.83

29-Cuando recordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	34.50	36.67	18.83	10.00
30-Cuando me sentía rechazado por mis amigos	64.83	24.00	7.50	3.67
31-Cuando me sentía seguro y relajado	29.17	43.17	20.33	7.33
32-Cuando veía algo que me recordaba la bebida	53.00	34.67	9.50	2.83
33-Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	38.17	26.67	20.00	15.17
34-Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	45.50	33.83	14.83	5.83
35-Cuando me sentía solo	26.67	34.33	22.83	16.17
36-Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	22.50	43.50	25.33	8.67
37-Cuando me estaba sintiendo el dueño del mundo	45.17	25.33	18.33	11.17
38-Cuando pasaba por donde venden las bebidas	53.67	33.50	9.17	3.67
39-Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	13.50	30.83	34.83	20.83
40-Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	71.83	19.83	6.00	2.33
41-Cuando estaba cansado	50.67	35.50	10.50	3.33
42-Cuando tenía un dolor físico	76.83	16.00	4.83	2.33
43-Cuando me sentía seguro de que podía beber unas cuantas copas	17.50	39.00	28.17	15.33
44-Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	58.33	27.17	10.00	4.50
45-Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara	40.50	29.50	19.83	10.17
46-Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	10.17	27.33	33.83	28.67
47-Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	38.17	38.33	14.00	9.50
48-Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota"	34.50	37.67	20.83	7.00
49-Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	24.50	42.50	22.67	10.33
50-Cuando no le simpatizaba a algunas personas	68.17	19.17	9.00	3.67
51-Si me sentía mareado o con náuseas	70.17	18.67	8.83	2.33
52-Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	42.50	31.83	18.17	7.50
53-Cuando me sentía muy presionado	22.50	35.67	28.17	13.67
54-Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	26.00	38.67	25.83	9.50
55-Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	28.00	38.00	24.00	10.00
56-Cuando otras personas interferían con mis planes	52.00	30.00	12.50	5.50
57-Cuando pensaba que finalmente me había	28.17	32.50	25.67	13.67

curado y que podía controlar la bebida				
58-Cuando todo estaba saliendo bien	24.00	40.00	26.00	10.00
59-Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	37.33	32.50	18.00	12.17
60-Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	11.50	28.17	36.17	24.17
61-Cuando me sentía y quería funcionar mejor	38.50	32.50	18.67	10.33
62-Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	62.33	24.50	8.33	4.83
63-Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	47.17	33.67	13.83	5.33
64-Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	51.67	30.83	12.17	5.33
65-Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	20.33	40.17	28.00	11.50
66-Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	75.00	17.83	5.33	1.83
67-Cuando pasaba frente a un bar	53.50	34.17	9.17	3.17
68-Cuando me sentía vacío interiormente	31.33	32.50	23.17	13.00
69-Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban copas	41.83	38.67	13.50	6.00
70-Cuando me sentía muy cansado	56.67	30.17	8.00	5.17
71-Cuando todo me estaba saliendo mal	35.50	34.00	18.33	12.17
72-Cuando quería celebrar con un amigo (a)	7.83	31.33	38.17	22.67
73-Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	45.50	30.00	16.17	8.33
74-Cuando me sentía culpable de algo	38.33	33.50	18.17	10.00
75-Cuando me sentía nervioso y tenso	33.00	37.33	18.50	11.17
76-Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	30.33	35.00	24.00	10.67
77-Cuando me sentí muy presionado por mi familia	33.00	32.83	20.83	13.33
78-Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	14.33	35.00	30.83	19.83
79-Cuando me sentía contento con mi vida	21.83	37.17	24.83	16.17
80-Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	29.00	37.33	24.00	9.67
81-Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	22.50	35.67	27.67	14.17
82-Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	8.83	23.50	37.67	30.00
83-Cuando me sentía confundido respecto a lo que quería hacer	37.33	38.33	16.67	7.67
84-Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	8.33	35.83	33.33	22.50
85-Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	9.83	25.00	35.17	30.00
86-Cuando tenía dolor de cabeza	82.00	13.33	3.33	1.33
87-Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	63.00	24.17	9.50	3.33
88-Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta	9.33	29.67	36.17	24.83

y quería sentirme mejor					
89-Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	32.67	32.83	20.67	13.83	
90-Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida	40.33	32.00	16.17	11.50	
91-Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	23.67	33.50	27.50	15.33	
92-Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	32.00	34.67	18.17	15.17	
93-Cuando disfrutaba de una comida con amigos y pensaba que una copa lo haría más agradable	15.67	36.17	31.83	16.33	
94-Cuando tenía problemas en el trabajo	51.83	30.00	11.67	6.50	
95-Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad	24.83	37.00	25.00	13.17	
96-Cuando mi jefe me ofrecía una copa	47.67	35.50	11.17	5.67	
97-Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	57.17	27.50	10.00	5.33	
98-Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	27.83	41.83	22.00	8.33	
99-Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	47.67	31.17	14.00	7.17	
100-Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	38.83	29.50	20.33	11.33	

Tabla 2

Análisis de distribución de reactivos.

Reactivo	Análisis de Distribución					Prueba de normalidad	
	Media	Desviación Estándar	Mediana	Asimetría	Curtosis	Z	p
1-Cuando tuve una discusión con un amigo (a)	1.60	0.80	1	1.37	1.44	0.33	$p \leq 0.001$
2-Cuando estaba deprimido	2.50	0.95	2	0.11	-0.94	0.23	$p \leq 0.001$
3-Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	2.22	0.89	2	0.42	-0.50	0.27	$p \leq 0.001$
4-Cuando me sentía nervioso y mal de salud	1.79	0.94	2	0.93	-0.21	0.30	$p \leq 0.001$
5-Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas	2.21	0.99	2	0.43	-0.84	0.24	$p \leq 0.001$
6-Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	2.48	0.97	2	0.09	-0.99	0.22	$p \leq 0.001$
7-Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	1.35	0.66	1	2.18	5.06	0.43	$p \leq 0.001$
8-Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	1.52	0.83	1	1.65	2.05	0.38	$p \leq 0.001$
9-Cuando alguien me criticaba	1.61	0.84	1	1.30	0.90	0.35	$p \leq 0.001$
10-Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	2.55	0.89	2	0.15	-0.78	0.25	$p \leq 0.001$
11-Cuando no podía dormir	1.50	0.83	1	1.66	1.91	0.40	$p \leq 0.001$

12-Cuando quería aumentar mi placer sexual	1.72	0.89	1	1.12	0.41	0.30	$p \leq 0.001$
13-Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	2.01	0.99	2	0.71	-0.52	0.25	$p \leq 0.001$
14-Cuando me sentía muy contento	2.48	0.88	2	0.10	-0.71	0.24	$p \leq 0.001$
15-Cuando volvía a estar en reuniones donde siempre bebía.	2.98	0.88	3	-0.50	-0.52	0.24	$p \leq 0.001$
16-Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido	2.20	1.00	2	0.40	-0.92	0.23	$p \leq 0.001$
17-Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	2.19	0.94	2	0.36	-0.77	0.23	$p \leq 0.001$
18-Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	1.84	0.94	2	0.91	-0.13	0.27	$p \leq 0.001$
19-Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	2.67	0.97	3	-0.07	-1.03	0.21	$p \leq 0.001$
20-Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	2.35	0.97	2	0.20	-0.95	0.22	$p \leq 0.001$
21-Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	1.94	0.97	2	0.69	-0.63	0.25	$p \leq 0.001$
22-Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	2.20	0.94	2	0.38	-0.75	0.24	$p \leq 0.001$
23-Cuando sentía que no tenía a quien acudir	2.05	1.07	2	0.57	-0.98	0.24	$p \leq 0.001$
24-Cuando sentía que me estaba deprimiendo	2.31	1.04	2	0.25	-1.11	0.21	$p \leq 0.001$
25-Cuando me sentía rechazado sexualmente	1.56	0.92	1	1.55	1.27	0.39	$p \leq 0.001$
26-Cuando estaba aburrido	2.02	0.94	2	0.63	-0.50	0.24	$p \leq 0.001$
27-Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	1.95	0.90	2	0.63	-0.44	0.23	$p \leq 0.001$
28-Cuando la gente era injusta conmigo	1.84	0.92	2	0.77	-0.42	0.27	$p \leq 0.001$
29-Cuando recordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	2.04	0.97	2	0.58	-0.67	0.23	$p \leq 0.001$
30-Cuando me sentía rechazado por mis amigos	1.50	0.79	1	1.58	1.84	0.39	$p \leq 0.001$
31-Cuando me sentía seguro y relajado	2.06	0.89	2	0.52	-0.46	0.25	$p \leq 0.001$
32-Cuando veía algo que me recordaba la bebida	1.62	0.77	1	1.13	0.76	0.32	$p \leq 0.001$
33-Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	2.12	1.08	2	0.47	-1.11	0.23	$p \leq 0.001$
34-Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	1.81	0.90	2	0.87	-0.15	0.27	$p \leq 0.001$
35-Cuando me sentía solo	2.29	1.03	2	0.30	-1.06	0.22	$p \leq 0.001$
36-Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	2.20	0.89	2	0.34	-0.60	0.25	$p \leq 0.001$
37-Cuando me estaba sintiendo el dueño del mundo	1.96	1.04	2	0.69	-0.82	0.27	$p \leq 0.001$
38-Cuando pasaba por donde venden las bebidas	1.63	0.80	1	1.20	0.87	0.32	$p \leq 0.001$
39-Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	2.63	0.96	3	-0.12	-0.95	0.21	$p \leq 0.001$
40-Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	1.39	0.71	1	1.90	3.18	0.43	$p \leq 0.001$
41-Cuando estaba cansado	1.66	0.80	1	1.07	0.55	0.30	$p \leq 0.001$

42-Cuando tenía un dolor físico	1.33	0.68	1	2.24	4.71	0.45	$p \leq 0.001$
43-Cuando me sentía seguro de que podía beber unas cuantas copas	2.41	0.95	2	0.17	-0.89	0.23	$p \leq 0.001$
44-Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	1.61	0.84	1	1.29	0.85	0.35	$p \leq 0.001$
45-Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara	2.00	1.01	2	0.61	-0.81	0.24	$p \leq 0.001$
46-Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	2.81	0.97	3	-0.29	-0.95	0.20	$p \leq 0.001$
47-Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	1.95	0.95	2	0.77	-0.33	0.24	$p \leq 0.001$
48-Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota"	2.00	0.91	2	0.54	-0.61	0.22	$p \leq 0.001$
49-Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	2.19	0.92	2	0.41	-0.65	0.25	$p \leq 0.001$
50-Cuando no le simpatizaba a algunas personas	1.48	0.81	1	1.62	1.73	0.41	$p \leq 0.001$
51-Si me sentía mareado o con náuseas	1.43	0.75	1	1.68	2.01	0.42	$p \leq 0.001$
52-Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	1.91	0.95	2	0.71	-0.54	0.26	$p \leq 0.001$
53-Cuando me sentía muy presionado	2.33	0.97	2	0.19	-0.96	0.21	$p \leq 0.001$
54-Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	2.19	0.93	2	0.33	-0.79	0.23	$p \leq 0.001$
55-Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	2.16	0.95	2	0.39	-0.79	0.23	$p \leq 0.001$
56-Cuando otras personas interferían con mis planes	1.72	0.89	1	1.06	0.21	0.31	$p \leq 0.001$
57-Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	2.25	1.01	2	0.28	-1.05	0.20	$p \leq 0.001$
58-Cuando todo estaba saliendo bien	2.22	0.92	2	0.31	-0.76	0.23	$p \leq 0.001$
59-Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	2.05	1.02	2	0.59	-0.82	0.22	$p \leq 0.001$
60-Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	2.73	0.95	3	-0.23	-0.91	0.21	$p \leq 0.001$
61-Cuando me sentía y quería funcionar mejor	2.01	0.99	2	0.62	-0.74	0.23	$p \leq 0.001$
62-Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	1.56	0.84	1	1.47	1.34	0.37	$p \leq 0.001$
63-Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	1.77	0.88	2	0.93	0.00	0.28	$p \leq 0.001$
64-Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	1.71	0.88	1	1.07	0.26	0.31	$p \leq 0.001$
65-Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	2.31	0.92	2	0.24	-0.78	0.24	$p \leq 0.001$
66-Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	1.34	0.66	1	2.08	4.00	0.45	$p \leq 0.001$
67-Cuando pasaba frente a un bar	1.62	0.78	1	1.17	0.86	0.32	$p \leq 0.001$
68-Cuando me sentía vacío interiormente	2.18	1.02	2	0.38	-1.00	0.21	$p \leq 0.001$
69-Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban copas	1.84	0.88	2	0.86	0.00	0.25	$p \leq 0.001$
70-Cuando me sentía muy cansado	1.62	0.84	1	1.34	1.09	0.33	$p \leq 0.001$

71-Cuando todo me estaba saliendo mal	2.07	1.01	2	0.56	-0.81	0.22	$p \leq 0.001$
72-Cuando quería celebrar con un amigo (a)	2.76	0.89	3	-0.17	-0.80	0.22	$p \leq 0.001$
73-Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	1.87	0.97	2	0.81	-0.45	0.27	$p \leq 0.001$
74-Cuando me sentía culpable de algo	2.00	0.98	2	0.63	-0.68	0.23	$p \leq 0.001$
75-Cuando me sentía nervioso y tenso	2.08	0.98	2	0.56	-0.70	0.24	$p \leq 0.001$
76-Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	2.15	0.97	2	0.39	-0.88	0.21	$p \leq 0.001$
77-Cuando me sentí muy presionado por mi familia	2.15	1.03	2	0.45	-0.96	0.21	$p \leq 0.001$
78-Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	2.56	0.96	3	0.01	-0.98	0.21	$p \leq 0.001$
79-Cuando me sentía contento con mi vida	2.35	1.00	2	0.23	-0.99	0.23	$p \leq 0.001$
80-Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	2.14	0.95	2	0.39	-0.80	0.22	$p \leq 0.001$
81-Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	2.34	0.98	2	0.20	-0.97	0.22	$p \leq 0.001$
82-Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	2.89	0.94	3	-0.42	-0.76	0.22	$p \leq 0.001$
83-Cuando me sentía confundido respecto a lo que quería hacer	1.95	0.92	2	0.70	-0.39	0.23	$p \leq 0.001$
84-Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	2.70	0.91	3	-0.04	-0.92	0.22	$p \leq 0.001$
85-Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	2.85	0.96	3	-0.37	-0.88	0.21	$p \leq 0.001$
86-Cuando tenía dolor de cabeza	1.24	0.57	1	2.69	7.50	0.48	$p \leq 0.001$
87-Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	1.53	0.80	1	1.43	1.25	0.38	$p \leq 0.001$
88-Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	2.77	0.93	3	-0.22	-0.88	0.21	$p \leq 0.001$
89-Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	2.16	1.03	2	0.44	-0.98	0.22	$p \leq 0.001$
90-Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida	1.99	1.01	2	0.69	-0.69	0.24	$p \leq 0.001$
91-Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	2.35	1.00	2	0.18	-1.05	0.21	$p \leq 0.001$
92-Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	2.17	1.04	2	0.48	-0.96	0.23	$p \leq 0.001$
93-Cuando disfrutaba de una comida con amigos y pensaba que una copa lo haría más agradable	2.49	0.94	2	0.06	-0.91	0.22	$p \leq 0.001$
94-Cuando tenía problemas en el trabajo	1.73	0.91	1	1.08	0.23	0.31	$p \leq 0.001$
95-Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad	2.27	0.98	2	0.30	-0.92	0.23	$p \leq 0.001$
96-Cuando mi jefe me ofrecía una copa	1.75	0.87	2	1.03	0.32	0.28	$p \leq 0.001$
97-Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	1.64	0.87	1	1.27	0.73	0.34	$p \leq 0.001$
98-Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	2.11	0.91	2	0.46	-0.59	0.24	$p \leq 0.001$
99-Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	1.81	0.93	2	0.92	-0.15	0.28	$p \leq 0.001$
100-Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	2.04	1.02	2	0.55	-0.90	0.23	$p \leq 0.001$

Posteriormente se realizó un análisis de discriminación de reactivos (ver tabla 3), lo cual indica qué tan adecuadamente separa o diferencia un reactivo entre quienes obtienen puntuaciones altas y bajas en una prueba. Partiendo de lo anterior, todos los reactivos tuvieron correlaciones medias y discriminaron significativamente tanto en la comparación de grupos extremos con respecto del total, como en las correlaciones del reactivo con el total y del reactivo con el total corregido. Esto significa que los reactivos son capaces de diferenciar entre puntuaciones bajas y altas del atributo de la prueba y corresponden de igual manera con lo que pretende medir el instrumento.

Tabla 3

Análisis de discriminación de reactivos.

Reactivo	comparación de grupos extremos		Correlaciones reactivo total	
	U de Mann Whitney	P	Correlación con el total incluyendo al reactivo	Correlación con el total sin incluir al reactivo
1	-8.41	<i>p<0.001</i>	0.41	0.39
2	-10.61	<i>p<0.001</i>	0.53	0.52
3	-8.93	<i>p<0.001</i>	0.39	0.37
4	-10.45	<i>p<0.001</i>	0.52	0.51
5	-9.87	<i>p<0.001</i>	0.47	0.46
6	-8.36	<i>p<0.001</i>	0.40	0.39
7	-9.77	<i>p<0.001</i>	0.44	0.43
8	-10.68	<i>p<0.001</i>	0.52	0.50
9	-10.32	<i>p<0.001</i>	0.52	0.51
10	-10.42	<i>p<0.001</i>	0.46	0.45
11	-8.19	<i>p<0.001</i>	0.43	0.42
12	-8.85	<i>p<0.001</i>	0.43	0.41
13	-10.47	<i>p<0.001</i>	0.51	0.50
14	-9.75	<i>p<0.001</i>	0.46	0.44
15	-11.28	<i>p<0.001</i>	0.53	0.52
16	-11.64	<i>p<0.001</i>	0.58	0.57
17	-11.21	<i>p<0.001</i>	0.55	0.54
18	-12.27	<i>p<0.001</i>	0.57	0.55
19	-9.14	<i>p<0.001</i>	0.41	0.39
20	-11.11	<i>p<0.001</i>	0.56	0.54
21	-10.33	<i>p<0.001</i>	0.49	0.47
22	-11.28	<i>p<0.001</i>	0.58	0.56
23	-12.90	<i>p<0.001</i>	0.64	0.63
24	-12.13	<i>p<0.001</i>	0.62	0.60

25	-10.27	<i>p</i> <0.001	0.54	0.53
26	-10.75	<i>p</i> <0.001	0.56	0.54
27	-11.42	<i>p</i> <0.001	0.59	0.58
28	-13.04	<i>p</i> <0.001	0.61	0.60
29	-11.66	<i>p</i> <0.001	0.55	0.54
30	-12.12	<i>p</i> <0.001	0.63	0.62
31	-7.81	<i>p</i> <0.001	0.39	0.38
32	-11.80	<i>p</i> <0.001	0.58	0.57
33	-12.85	<i>p</i> <0.001	0.64	0.63
34	-13.04	<i>p</i> <0.001	0.63	0.62
35	-11.32	<i>p</i> <0.001	0.57	0.55
36	-11.05	<i>p</i> <0.001	0.55	0.54
37	-12.32	<i>p</i> <0.001	0.60	0.59
38	-11.22	<i>p</i> <0.001	0.55	0.53
39	-10.23	<i>p</i> <0.001	0.48	0.47
40	-10.19	<i>p</i> <0.001	0.53	0.52
41	-8.00	<i>p</i> <0.001	0.44	0.43
42	-8.51	<i>p</i> <0.001	0.49	0.48
43	-11.43	<i>p</i> <0.001	0.53	0.51
44	-11.13	<i>p</i> <0.001	0.55	0.54
45	-11.22	<i>p</i> <0.001	0.54	0.53
46	-10.08	<i>p</i> <0.001	0.47	0.45
47	-11.35	<i>p</i> <0.001	0.58	0.57
48	-10.34	<i>p</i> <0.001	0.51	0.50
49	-10.05	<i>p</i> <0.001	0.48	0.47
50	-12.73	<i>p</i> <0.001	0.63	0.62
51	-8.77	<i>p</i> <0.001	0.46	0.45
52	-12.96	<i>p</i> <0.001	0.66	0.65
53	-13.39	<i>p</i> <0.001	0.68	0.67
54	-12.19	<i>p</i> <0.001	0.61	0.59
55	-13.02	<i>p</i> <0.001	0.66	0.65
56	-12.59	<i>p</i> <0.001	0.63	0.62
57	-11.06	<i>p</i> <0.001	0.55	0.53
58	-11.55	<i>p</i> <0.001	0.55	0.54
59	-12.62	<i>p</i> <0.001	0.65	0.64
60	-10.88	<i>p</i> <0.001	0.52	0.51
61	-13.36	<i>p</i> <0.001	0.66	0.64
62	-11.64	<i>p</i> <0.001	0.57	0.55
63	-12.75	<i>p</i> <0.001	0.64	0.63
64	-12.47	<i>p</i> <0.001	0.64	0.63
65	-11.13	<i>p</i> <0.001	0.55	0.54
66	-9.99	<i>p</i> <0.001	0.54	0.53
67	-10.33	<i>p</i> <0.001	0.45	0.44

68	-12.20	$p<0.001$	0.62	0.60
69	-9.24	$p<0.001$	0.46	0.44
70	-9.45	$p<0.001$	0.51	0.49
71	-12.78	$p<0.001$	0.66	0.65
72	-10.59	$p<0.001$	0.50	0.48
73	-11.69	$p<0.001$	0.58	0.56
74	-13.65	$p<0.001$	0.68	0.67
75	-12.95	$p<0.001$	0.65	0.64
76	-13.01	$p<0.001$	0.67	0.66
77	-13.59	$p<0.001$	0.68	0.67
78	-10.94	$p<0.001$	0.54	0.53
79	-10.28	$p<0.001$	0.51	0.50
80	-10.75	$p<0.001$	0.55	0.54
81	-11.58	$p<0.001$	0.57	0.56
82	-10.55	$p<0.001$	0.49	0.48
83	-13.42	$p<0.001$	0.69	0.68
84	-10.76	$p<0.001$	0.49	0.48
85	-10.50	$p<0.001$	0.47	0.46
86	-8.70	$p<0.001$	0.48	0.47
87	-9.37	$p<0.001$	0.47	0.46
88	-11.43	$p<0.001$	0.55	0.53
89	-13.01	$p<0.001$	0.66	0.65
90	-13.18	$p<0.001$	0.68	0.67
91	-11.31	$p<0.001$	0.57	0.56
92	-12.41	$p<0.001$	0.61	0.60
93	-9.29	$p<0.001$	0.44	0.43
94	-11.70	$p<0.001$	0.60	0.58
95	-10.71	$p<0.001$	0.52	0.51
96	-8.88	$p<0.001$	0.43	0.41
97	-11.41	$p<0.001$	0.58	0.57
98	-12.11	$p<0.001$	0.61	0.60
99	-12.72	$p<0.001$	0.67	0.66
100	-13.09	$p<0.001$	0.65	0.64

Observando el análisis de correlación entre los reactivos con predominancia alta, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio de extracción de ejes principales con rotación oblicua (*Oblimin Direct*), se eligió este método de extracción debido a que no tiene supuestos de normalidad para ser congruente con el tipo de distribución de los reactivos (Schmitt, 2011).

Dicho procedimiento se aplicó para los 100 reactivos teniendo como resultado la eliminación de 37 reactivos por no tener cargas altas en un factor y bajas en otros (Fabrigar, McCallum, Wegener & Strahan, 1999), con lo que la escala quedó integrada por ocho factores (ver tabla 4), con un porcentaje de varianza explicada del 56%, con 63 elementos y un Alpha de Cronbach de 0.96. Los factores son: probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, emociones desagradables, conflictos con otros, necesidad física, malestar físico y búsqueda de placer sexual. Para determinar el número de factores se usó un análisis paralelo (ver grafica 1) con el que se determinó que la escala se compone de ocho factores.

Grafica 1

Gráfica de sedimentación del Análisis Paralelo.

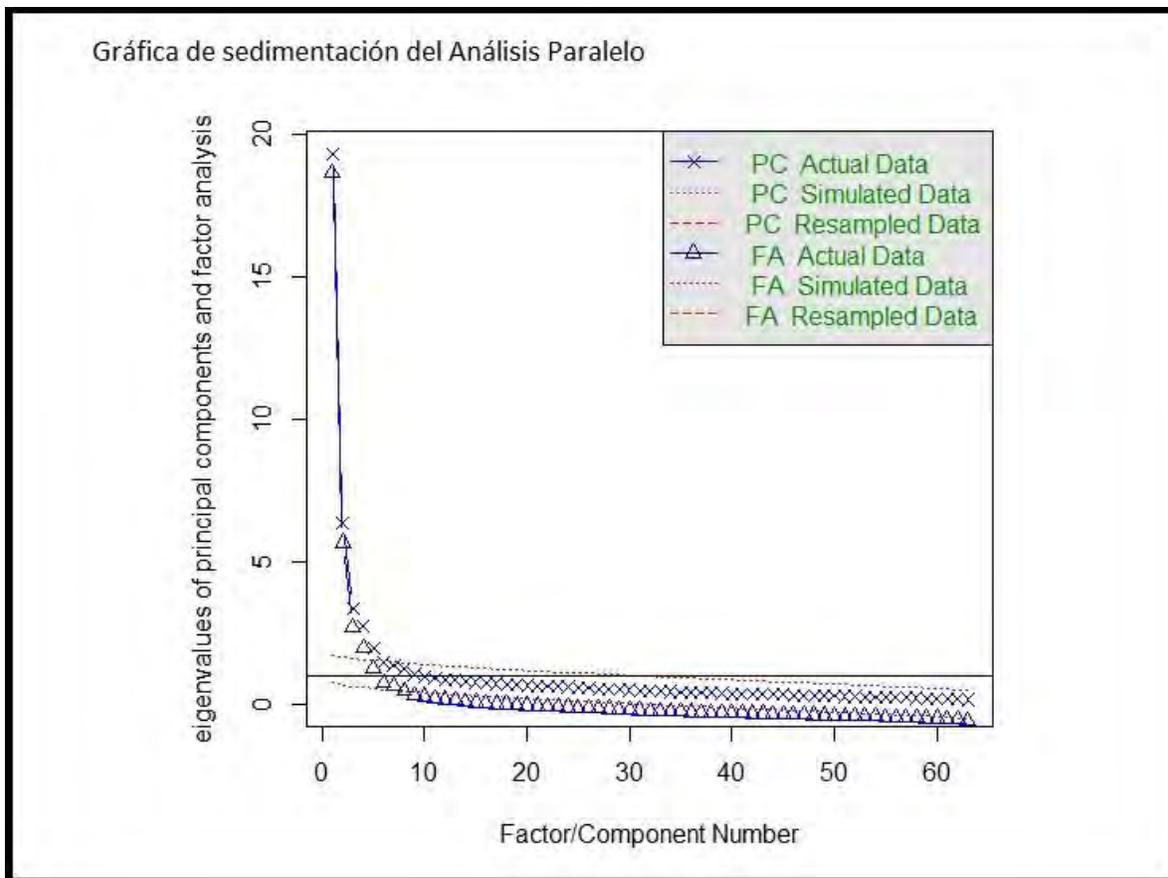


Tabla 4*Análisis factorial exploratorio de extracción de ejes principales con rotación oblicua.*

Reactivos	Factor 1	Factor 3	Factor 2	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor7	Factor8
ids057	0.85	0.04	-0.01	0	0.01	-0.08	0.05	-0.01
ids091	0.80	0.05	-0.03	-0.09	0.07	0.04	-0.02	0.02
ids043	0.74	0.04	0.06	0.05	-0.06	-0.02	0	0.01
ids036	0.73	0.01	-0.05	0.17	-0.1	-0.02	0.05	0.06
ids080	0.73	0.01	0.11	-0.03	0.04	-0.02	0.03	-0.03
ids081	0.72	0.03	0.09	-0.07	0.03	0.08	-0.01	0
ids054	0.70	-0.02	0.09	0.01	0.04	0.09	-0.02	0.03
ids017	0.59	0.02	0.02	0.21	-0.1	0.08	0.01	0
ids005	0.55	0.02	0.01	0.15	-0.09	0.05	0	0
ids045	0.55	-0.04	-0.01	-0.06	0.18	0.18	-0.03	0
ids073	0.42	0.22	-0.03	-0.15	0.34	0.04	-0.04	0.03
ids084	0.01	0.72	0.09	-0.02	0.03	-0.01	-0.02	0.01
ids082	0.08	0.71	-0.01	-0.04	0.06	0.02	-0.04	0.01
ids015	0.03	0.71	0	0.13	0	0.01	-0.04	0.02
ids046	0.09	0.69	-0.06	0.05	-0.01	-0.01	0	-0.01
ids060	0.09	0.67	0	0.05	-0.09	0.1	0.01	0.03
ids072	-0.02	0.66	0.19	-0.01	0.04	0.04	-0.05	-0.05
ids088	0.09	0.66	0.02	-0.02	-0.03	0.05	0.06	0.04
ids019	0.07	0.61	-0.03	-0.07	0.07	0.04	-0.01	-0.02
ids085	-0.04	0.56	0.12	-0.05	0.05	0.03	0.14	0
ids010	-0.07	0.54	0.03	0.12	-0.02	0.12	-0.1	0.09
ids093	0	0.52	0.1	-0.19	-0.01	0.05	0.16	0.16
ids006	-0.08	0.48	0.13	0.07	-0.04	-0.01	0	0.12
ids065	-0.01	-0.03	0.82	-0.03	0.1	0.05	-0.02	0.05
ids079	0.04	0.11	0.77	-0.01	-0.01	-0.03	0.01	-0.02
ids058	0.16	-0.04	0.71	0.02	0.06	0.02	-0.03	0
ids003	0.03	-0.04	0.66	0.06	-0.03	-0.08	0.01	0.04
ids078	-0.02	0.29	0.65	-0.01	0.02	-0.01	0.08	-0.06
ids031	0.13	-0.1	0.62	-0.06	-0.12	0.04	0.13	0.06
ids098	0.06	0.04	0.59	0.06	0.01	0.12	0.04	0.08
ids014	-0.13	0.24	0.56	0.06	-0.09	0.05	0.02	0.05
ids035	0.02	-0.05	0.04	0.76	-0.03	0.07	0.02	0.05
ids024	0.03	0.04	-0.03	0.75	0.09	-0.05	0.13	0.01
ids023	0.02	-0.01	0.01	0.63	0.13	0.09	0.06	0.05
ids033	0.09	0.01	0.01	0.62	0.11	0.05	-0.09	0.14
ids068	-0.01	0.04	0.05	0.60	0.26	0.03	-0.08	0.02
ids016	0.04	0.04	0.02	0.59	0.1	0.07	-0.03	0.04
ids002	0.04	0.11	-0.11	0.51	0.23	-0.01	0.02	0

ids026	0.06	-0.01	0.22	0.43	-0.09	0.16	0.21	-0.06
ids074	0.08	0.03	0.04	0.14	0.64	0.04	0.01	0.01
ids094	-0.06	-0.06	0.09	0.08	0.58	0.1	0.09	0.09
ids076	0.04	0.06	0.01	0.18	0.54	0	0.14	0.06
ids071	0	0.09	-0.02	0.28	0.54	0.03	0.04	0.04
ids077	0.1	0.1	0.02	0.19	0.51	-0.04	0.1	0.07
ids064	0.05	-0.09	0.04	0.1	0.51	0.18	-0.02	0.17
ids092	0.05	0.14	-0.1	0.21	0.49	-0.08	0.13	0.11
ids062	0.04	-0.02	0.05	-0.01	0.49	0.12	0.07	0.1
ids075	0.04	0	0.08	0.17	0.46	0.02	0.28	-0.02
ids063	0.04	-0.04	0.08	0.16	0.45	0.19	-0.07	0.13
ids090	0.16	0	0.12	0.2	0.42	0.12	-0.12	0.08
ids038	0.05	-0.03	0.03	0.01	0.04	0.70	0.09	-0.08
ids032	0.06	0.05	-0.01	0.05	-0.04	0.63	0.05	0.11
ids007	-0.03	0.04	-0.05	0.01	-0.03	0.56	-0.06	0.21
ids047	0.01	0.13	0.01	0.07	0.08	0.53	0.18	-0.09
ids067	0.11	0.1	0.04	-0.04	0.06	0.48	-0.06	-0.03
ids029	0	0.18	0.1	0	-0.01	0.47	0.1	0.05
ids013	-0.05	0.23	0.05	0.07	0.01	0.40	0.08	0.03
ids041	0.03	-0.04	0.04	0.04	-0.07	0.06	0.80	0.03
ids070	0.01	0.02	0.02	-0.02	0.12	0.04	0.76	0.05
ids042	0.08	-0.05	-0.01	-0.05	0.24	0.13	0.41	0.06
ids012	-0.04	0.01	0	-0.05	0.03	-0.01	0.13	0.68
ids021	0.08	0.11	0.1	0.05	-0.05	0	-0.09	0.57
ids025	0.05	-0.06	0.02	0.14	0.19	0.02	0.09	0.42
Eigen	6.13	6.08	4.74	4.90	4.86	3.36	2.28	1.87
%varianza explicada	10	10	8	8	8	5	4	3
%varianza explicada acumulada	10	20	28	36	44	49	53	56
Alpha de Cronbach	0.93	0.92	0.91	0.91	0.93	0.83	0.79	0.66
Alpha de Cronbach total de la escala 63 elementos	0.96							

Para verificar que la matriz de correlaciones sobre la cual se basa el análisis factorial fuera adecuada se realizaron dos análisis: la medida de adecuación muestral Kaiser, Meyer, Olkin (KMO= 0.95) y, la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{[1953]}= 23601.7$, $p<0.001$) y se llegó a la conclusión de que fueron adecuadas.

Se evaluó el ajuste del análisis factorial mediante una hipótesis de suficiencia de factores y es adecuado [$\chi^2(600) = 1339.07, p=0.99$]. Con el fin de evaluar la relación entre los componentes de la escala, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre los ocho factores, las cuales se aprecian significativas bajas y moderadas, lo cual quiere decir que conforme aumenten los valores en un factor los valores del otro factor van a disminuir (Ver tabla 5).

Tabla 5

Relación entre factores (Producto-momento de Pearson).

	factor 1	factor 3	factor 2	factor 4	factor 5	factor 6	factor7	factor8
factor 1	1							
factor 3	0.39*	1						
factor 2	0.39*	0.51*	1					
factor 4	0.30*	0.16*	0.13*	1				
factor 5	0.32*	0.19*	0.14*	0.59*	1			
factor 6	0.39*	0.36*	0.37*	0.32*	0.33*	1		
factor 7	0.21*	0.10*	0.30*	0.25*	0.26*	0.35*	1	
factor8	0.23*	0.25*	0.27*	0.38*	0.36*	0.37*	0.27*	1

Nota: * $p \leq 0.05$

Para el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol versión mexicana, se hizo un Análisis Factorial Confirmatorio de Máxima Verosimilitud Robusta (ver tabla 6), método seleccionado por la falta de normalidad en los datos y porque de este modo se pueden tratar como categóricos (Schmitt, 2011; West, Taylor & Wu, 2012). Para evaluar el ajuste del modelo se utilizaron los siguientes índices de bondad de ajuste: (Velasco, Mercado & Reyes Lagunes, 2014; West, Taylor & Wu, 2012).

1. Chi cuadrada normada, dividida por los grados de libertad (debería ser menor a 3.00 con una probabilidad no significativa; entre menor cociente mejor ajuste).

2. Índice de ajuste comparativo de Bentler CFI (para qué exista un buen ajuste, los valores de CFI deben ser ≥ 0.90).

3. Raíz cuadrada media del error de aproximación RMSEA y SRMR (los valores de RMSEA y SRMR deben ser ≤ 0.08 , para indicar un buen ajuste).

Se compararon tres modelos, uno unidimensional, uno obtenido del análisis factorial exploratorio y uno modificado eliminando 3 reactivos con falta de ajuste local. La identificación del modelo se hizo fijando la carga factorial del primer reactivo de cada factor a uno para definir la métrica de la variable latente. Como se puede observar se obtuvo una Chi-cuadrada/gl menor a 3, un CFI ≥ 90 y los valores RMSEA y SRMR fueron $0.04 \leq 0.08$ lo cual equivale a que dicho instrumento posee un buen ajuste (Kenny & Milan, 2012).

Tabla 6

Índices de Ajuste para el Análisis Factorial Confirmatorio el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol versión mexicana.

Modelo	X²	P	X²/gl	CFI	RMSEA	IC 90%	PCLOSE	SRMR
Modelo unidimensional	X ² (495) = 3067.548	p<0.001	6.19	0.56	0.10	[0.10, 0.11]	p≤0.001	0.10
Factorial exploratorio	X ² (1362) = 2762.33	p<0.001	2.02	0.88	0.04	[0.04, 0.05]	0.94	0.05
Modificado 60 reactivos	X ² (1862) = 3317.01	p<0.001	1.78	0.90	0.04	[0.042, 0.046]	1	0.04

A continuación en la tabla 7, se presenta las cargas factoriales estandarizadas, la confiabilidad total y por cada factor, y su error estándar de la escala. Es importante mencionar que todos los análisis se realizaron en el software estadístico R con el paquete Lavaan (Rosseel, 2012).

Tabla 7*Error estándar del inventario situacional de consumo de alcohol.*

Reactivos	Factor 1	Factor 3	Factor 2	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor7	Factor8	EE
ids005	0.61								0.034
ids017	0.683								0.026
ids036	0.743								0.024
ids043	0.767								0.023
ids045	0.636								0.031
ids054	0.788								0.023
ids057	0.827								0.016
ids080	0.779								0.023
ids081	0.791								0.021
ids091	0.827								0.017
ids006		0.554							0.033
ids010		0.595							0.03
ids015		0.731							0.026
ids019		0.618							0.031
ids046		0.696							0.029
ids060		0.754							0.023
ids072		0.761							0.021
ids082		0.752							0.022
ids084		0.769							0.021
ids085		0.646							0.028
ids088		0.76							0.021
ids093		0.624							0.032
ids003			0.619						0.032
ids014			0.674						0.027
ids031			0.639						0.03
ids058			0.757						0.027
ids065			0.823						0.02
ids078			0.825						0.018
ids079			0.841						0.017
ids098			0.752						0.024
ids002				0.7					0.024
ids016				0.728					0.024
ids023				0.808					0.019
ids024				0.838					0.016
ids033				0.788					0.019
ids035				0.767					0.022
ids068				0.785					0.02
ids062					0.617				0.031
ids064					0.713				0.026

ids071					0.785			0.019
ids074					0.788			0.02
ids075					0.73			0.023
ids076					0.783			0.021
ids077					0.785			0.018
ids090					0.694			0.027
ids092					0.752			0.022
ids094					0.705			0.026
ids007						0.566		0.04
ids013						0.603		0.034
ids029						0.68		0.033
ids032						0.725		0.032
ids038						0.697		0.032
ids047						0.711		0.027
ids067						0.548		0.043
ids041							0.813	0.029
ids042							0.588	0.047
ids070							0.872	0.024
ids012								0.605 0.043
ids021								0.567 0.047
ids025								0.703 0.042
Alpha de Cronbach	.92	.91	.90	.91	.92	.83	.79	.66
Alpha de Cronbach total de la escala 60 elementos	.96							

La escala final quedó integrada por 60 elementos distribuidos en ocho factores con un Alpha de Cronbach de 0.96 y una confiabilidad por factor que oscila entre .92 a .66 y con un porcentaje de varianza explicada del 59%. Para verificar que la matriz de correlaciones sobre la cual se basa el análisis factorial fuera adecuada se volvieron a realizar los dos análisis: la medida de adecuación muestral Kaiser, Meyer, Olkin (KMO= 0.95) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{[1953]}= 19012.6, p<0.001$) y se llegó a la conclusión de que fueron adecuadas.

Por otro lado, mientras el error estándar de la media (EE), estima la variabilidad entre las medias de las muestras que se obtendría si se tomaran múltiples muestras de la misma población, la desviación estándar mide la variabilidad dentro de una muestra. Por consiguiente, de haber tomado múltiples muestras aleatorias del mismo tamaño y de la misma población, la desviación estándar de esas medias diferentes de la muestra original, oscilaría entre 0.02 a 0.03 por los ocho factores.

Es importante mencionar que el error estándar de la media se usa para determinar el grado de precisión con el que la media de la muestra estima la media de la población. Valores más bajos del error estándar de la media indican estimaciones más precisas de la media de la población y esto se traduce a que se tiene un mayor tamaño de la muestra que dio como resultados un menor error estándar de la media y una estimación más precisa (Kerlinger & Howard, 2002).

En cuanto a los resultados obtenidos de la prueba final se realizaron los estadísticos descriptivos para el total de reactivos y los factores de la escala resultantes (ver tabla 8), para la realización de los estadísticos se consideraron: el número de reactivos por factor, rango posible, rango observado, media, desviación estándar y media teórica, con lo cual podemos observar que la media de los primeros cuatro factores se mantuvo en la opción de respuesta *Ocasionalmente* y el resto de los factores se centró en la opción de respuesta *Nunca*.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos para cada factor del ISCA.

Variable	No. de reactivos	Rango Posible	Rango Observado	Media	Desviación estándar	Media Teórica
Factor 1	10	1-4	1-4	2.23	0.75	2.5
Factor 2	12	1-4	1-4	2.72	0.67	2.5
Factor 3	8	1-4	1-4	2.29	0.72	2.5
Factor 4	7	1-4	1-4	2.24	0.83	2.5
Factor 5	10	1-4	1-4	1.96	0.74	2.5
Factor 6	7	1-4	1-4	1.75	0.60	2.5
Factor 7	3	1-4	1-4	1.54	0.65	2.5
Factor 8	3	1-4	1-4	1.74	0.72	2.5
Total	60	1-4	1-4	2.06	0.50	2.5

Finalmente, se obtuvo un instrumento de 60 reactivos, confiable ($\alpha = 0.96$), valido ($KMO = 0.95$), con una varianza explicada del 59% y con un buen ajuste, que mide situaciones precipitadoras de consumo de alcohol en población Mexicana consumidora. Una vez obtenida la validación, se procederá a corroborar los objetivos específicos de la relación entre los ocho factores de riesgo y el ser mujer u hombre, nivel de dependencia y los dos grupos de edades.

METODO II

Objetivos de la fase II

1. Analizar diferencias por sexo con los ocho factores de consumo de alcohol.
2. Establecer si existen diferencias entre el nivel de dependencia (moderado y/o bajo) con los ocho factores de consumo de alcohol.
3. Determinar si existen diferencias entre los dos grupos de edades que oscilan entre los 18 a 24 años y 25 a 30 años de edad con los ocho factores de consumo de alcohol.

Tipo de estudio y alcance

Cuantitativo: debido a que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. En cuanto al alcance es Correlacional de diferencias entre grupos debido a que se tienen dos grupos y además tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables en un contexto en particular midiendo cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación (Hernández, 2010).

Hipótesis

Objetivo 2

Hi: Existen diferencias entre hombres y mujeres con las situaciones de emociones desagradables, probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir, malestar físico, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual.

Ho: No existen diferencias entre hombres y mujeres con las situaciones de emociones desagradables, probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir, malestar físico, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual.

Objetivo 3

Hi: Existen diferencias entre niveles de dependencia bajo y medio con las situaciones de emociones desagradables, probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir, malestar físico, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual.

Ho: No existen diferencias entre niveles de dependencia bajo y medio con las situación de emociones desagradables, probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir, malestar físico, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual.

Objetivo 4

Hi: Existen diferencias entre el grupo de edad de 18 a 24 años de edad y 25 a 30 años de edad con las situación de emociones desagradables, probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir, malestar físico, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual.

Ho: No existen diferencias entre el grupo de edad de 18 a 24 años de edad y 25 a 30 años de edad con las situación de emociones desagradables, probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir, malestar físico, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual.

Variables

Situaciones precipitadoras de consumo de alcohol: Emociones desagradables, probando auto control, momentos agradables con otros, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir, malestar físico, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual. Es importante señalar que dichas variables corresponde con los factores que aparecen en las tablas.

Sexo: hombre y mujer.

Nivel de dependencia: baja y media.

Definición conceptual

a) **Situaciones precipitadoras de consumo de alcohol:** las situaciones de riesgo son definidas por Marlatt y Gordon (1985), como cualquier situación que posee una amenaza a la sensación de auto control del individuo (auto eficacia) incrementando el riesgo de una recaída.

b) **Sexo:** El sexo es definido como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, colocándolos en funciones reproductivas complementarias.

c) **Dependencia al alcohol:** Enfermedad crónica cuyas características son ansiedad por beber alcohol, una necesidad continua o periódica de consumo de alcohol a pesar de sus consecuencias negativas, la incapacidad para limitar el consumo, el malestar físico cuando se deja de beber y la necesidad de ingerir cantidades de alcohol cada vez mayores para notar sus efectos (Hasin *et al.*, 2013).

Diseño

No experimental, ya que la investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. A su vez, es de tipo Transeccional o transversal de comparación; ya que su objetivo es determinar las posibles diferencias entre los grupos, por condición de sexo y situaciones precipitadoras de consumo (Hernández, 2010).

Muestra y Muestreo

Muestra no probabilística, debido a que no hay certeza de que la muestra extraída sea representativa, ya que no todos los participantes de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Esto es debido a que la muestra eran consumidores de alcohol (Hernández, 2010). En cuanto al tipo de muestreo fue *muestreo propositivo*, ya que se caracteriza por el uso de juicios o intenciones deliberados para obtener una muestra representativa al incluir áreas o grupos que se presumen son típicos en la muestra, ya que en este caso el muestreo se obtuvo de los usuarios tanto hombres y mujeres consumidores de alcohol que asistían al Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez en busca de tratamiento para su consumo de alcohol (Kerlinger & Howard, 2002).

Unidad de análisis

La unidad de análisis son los ocho factores situacionales de consumo de alcohol del ISCA. En el estudio participaron un total de 592 personas que solicitaron servicio psicológico debido a problemas relacionados con su forma de consumo de alcohol. Las edades de los participantes oscilaron desde los 18 hasta los 30 años de edad, con una edad promedio de 21.13 años (D.E.= 2.26); En cuanto al género, el 88.2% (522) fueron hombres y el 11.8% (70) mujeres; en cuanto a sus niveles de dependencia el 66.2% (392) reportan un nivel bajo de dependencia y 33.8% (200) un nivel medio de dependencia.

Instrumentos

Se tradujo al español el ISCA conformado por 100 reactivos, originalmente creado por Annis (1982), para utilizarlo en México un equipo de psicólogos revisó cada reactivo en el idioma original y se discutieron los aspectos culturales de cada pregunta, así como los aspectos técnicos (médicos, psicológicos y/o sociales). Varias opciones se dieron a cada reactivo, se mantuvo un lenguaje simple, evitando uso de metáforas y de frases coloquiales. Posteriormente se mandó a un traductor para que hiciera una revisión final del trabajo.

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

Posteriormente se piloteó el instrumento utilizando una muestra de 55 personas formadas por hombres que era el 68% y mujeres el 32%, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo, y con un nivel educativo mínimo de primaria y máximo de licenciatura (Echeverría-San Vicente *et al.*, 1998).

Los reactivos del instrumento actual y validado miden situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior y están diseñados para medir 8 categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos.

Vale la pena mencionar que en el instrumento validado desapareció el factor de presión social, de los que algunos reactivos se reagruparon en momentos agradables con otros. Además, se agregó un nuevo factor de búsqueda de placer sexual quedando agrupados de la siguiente manera.

1. Situaciones personales: en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías:

- a. Emociones desagradables.
- b. Probando auto control.
- c. Emociones agradables.
- d. Malestar físico.
- e. Necesidad o urgencia por consumir.

2. Situaciones que involucran a terceras personas, que se subdividen en tres subcategorías que son:

- a. Conflicto con otros.
- b. Momentos agradables.
- c. Búsqueda de placer sexual.

Ocho de las sub escalas de la versión final del inventario situacional de consumo de alcohol fueron constituidas de la siguiente manera: momentos agradables con otros (12 reactivos), probando auto control (11 reactivos), emociones agradables y desagradables están conformado por 8 reactivos respectivamente, la sub escala de conflictos con otros (10 reactivos), necesidad física (7 reactivos), malestar físico y búsqueda de placer sexual lo conforman 3 reactivos respectivamente.

Un segundo instrumento utilizado fue la escala sobre dependencia al alcohol (BEDA) traducida al español y diseñada para medir la dependencia en población adulta que abusa del alcohol. Se realizó un análisis factorial exploratorio el cual reporta una validez la cual explica el 56.41% de la varianza, tiene confiabilidad test-retest ($=0.84$) y una consistencia interna $>.90$ y el análisis de las características operativas reveló que cada versión representó 84-85% del área bajo la curva. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del síndrome de dependencia al alcohol y es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren más estudios (Pérez-López *et al.*, 2015).

En cuanto a la forma de administración esta escala se diseñó como un instrumento de auto reporte, pero también puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada. Requiere de cinco minutos aproximadamente para ser aplicada, consta de 15 reactivos los cuales se contestan en una escala de cuatro puntos: nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre, refiriendo con qué frecuencia ha estado en determinada situación. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera: una respuesta de nunca "0" puntos, una respuesta de algunas veces "1" punto, una respuesta de frecuentemente "2" puntos, una respuesta de casi siempre "3" puntos. La forma de interpretación se da de la siguiente manera: 1 – 10 puntos = dependencia baja, 11 - 20 puntos = dependencia media, 21 o más puntos = dependencia severa.

Procedimiento

1. Primer contacto: El contacto con la población consumidora de alcohol se llevó a cabo en el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez, el cual pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM. Los usuarios se comunicaron al Centro para solicitar tratamiento debido a su consumo de alcohol, proporcionaron datos socio demográficos en una ficha de admisión (ver Anexo 1), en la que se identifica si el usuario era candidato para el tratamiento; posteriormente se le proporciona una cita de admisión.

2. En la sesión de evaluación se les aplicaron diversos instrumentos de evaluación entre los que se incluyó el ISCA, que mide precipitadores de consumo de alcohol (ver anexo 3) y el BEDA que mide el nivel de dependencia (ver anexo 4). Para su aplicación se les explicó el motivo de dicha evaluación resaltando los beneficios que se obtendrían para ubicar situaciones de riesgo que precipitaban su consumo y su nivel de dependencia y con ello poder elaborar un tratamiento adecuado.

3. Posteriormente, se revisó que cada uno de los reactivos de ambos instrumentos estuvieran contestados, en caso contrario, se le pedía cordialmente que respondiera a los reactivos faltantes, finalmente se les mencionó que en la siguiente sesión se iba a proceder a la devolución de resultados de la prueba.

4. Se captó en una base de datos cada uno de los reactivos correspondientes a cada instrumento, para proceder con el análisis estadístico de los mismos y obtener así si existen diferencias entre grupos mencionados en las hipótesis. Posteriormente se procedió a organizar los hallazgos arrojados por dicho análisis para su presentación formal.

Tratamiento estadístico

Con el objetivo de corroborar las hipótesis para conocer si existen diferencias entre el sexo, nivel de dependencia y grupos de edad con los ocho factores de consumo de alcohol, se hizo una prueba t de Student para muestras independientes, debido a que evalúa si dos grupos de la misma población, difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias reportadas en cada uno de los factores de situaciones de riesgo que explora la prueba. Es importante mencionar que todos los análisis se realizaron en el software estadístico R con el paquete Lavaan (Rosseel, 2012).

RESULTADOS II

Los resultados que se presentan en la tabla 9 en cuanto a las diferencias por sexo del ISCA y sus factores, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en el factor emociones desagradables ($t=-2.34$, $p=0.02$) dónde las mujeres tienen un mayor puntaje ($M=2.46$, $D.E.=0.83$) que los hombres ($M=2.21$, $D.E.=0.83$); de igual forma hay diferencias estadísticamente significativa en el factor conflicto con otros ($t=2.03$, $p=0.05$) donde las mujeres tienen un mayor puntaje ($M=2.15$, $D.E.=.84$) en comparación con los hombres ($M=1.94$, $D.E.=0.73$); además existen diferencias estadísticamente significativas en el factor de malestar físico ($t=2.24$, $p=0.03$) donde las mujeres tienen un mayor puntaje ($M=1.74$, $D.E.=0.84$) en relación con los hombres ($M=1.51$, $D.E.=0.62$); así mismo existen diferencias estadísticamente significativas en el factor de búsqueda de placer sexual ($t=2.14$, $p=0.04$) donde las mujeres tienen un mayor puntaje ($M=1.94$, $D.E.=0.83$) a diferencia de los hombres ($M=1.72$, $D.E.=.70$). Finalmente, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en los factores momentos agradables con otros, probando auto control, emociones agradables y necesidad física.

Tabla 9

Diferencias por sexo en el ISCA y sus factores.

Variable	Medias por grupo						T	P
	Mujeres			Hombres				
	N	\bar{X}	DE	N	\bar{X}	DE		
Factor 1	70	2.24	0.76	522	2.23	0.75	-0.10	0.92
Factor 2	70	2.63	0.73	522	2.74	0.66	1.28	0.20
Factor 3	70	2.16	0.75	522	2.31	0.71	1.64	0.10
Factor 4	70	2.46	0.83	522	2.21	0.83	-2.34	0.02
Factor 5	70	2.15	0.84	522	1.94	0.73	-2.03	0.05
Factor 6	70	1.89	0.71	522	1.73	0.58	-1.75	0.08
Factor 7	70	1.74	0.84	522	1.51	0.62	-2.24	0.03
Factor 8	70	1.94	0.83	522	1.72	0.70	-2.14	0.04
Total	70	2.15	0.58	522	2.05	0.49	-1.42	0.16

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

En cuanto a las diferencias entre el nivel de dependencia (Bajo y Medio) con los ocho factores del ISCA. Se puede observar en la tabla 10 que existen diferencias estadísticamente significativas en el factor de emociones agradables ($t=2.11$, $p=0.04$), con un nivel de dependencia medio ($M=2.38$, $D.E.=.86$); asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas entre el factor emociones desagradables ($t=2.23$, $p=0.03$) y un nivel de dependencia medio ($M=2.35$, $D.E.=0.86$); además encontramos diferencias estadísticamente significativas en el factor conflicto con otros ($t=2.34$, $p=0.02$) con una dependencia media ($M=2.06$, $D.E.=0.77$), de la misma forma, hubieron diferencias estadísticamente significativa en el factor búsqueda de placer sexual ($t=2.01$, $p=0.05$) con un puntaje de dependencia medio ($M=1.83$, $D.E.=0.73$); finalmente encontramos diferencias estadísticamente significativas en el total de los ocho factores ($t=2.45$, $p=0.01$) con un nivel de dependencia medio ($M=2.13$, $D.E.=.53$).

Cabe mencionar que no hubo diferencias estadísticamente significativas en los factores momentos agradables con otros, probando auto control, necesidad física, malestar físico con el nivel de dependencia.

Tabla 10

Diferencias por nivel de dependencia en el ISCA y sus factores.

Variable	Medias por grupo						T	P
	Baja			Media				
	N	□	DE	N	□	DE		
Factor 1	392	2.19	0.75	200	2.29	0.75	-1.52	0.13
Factor 2	392	2.73	0.65	200	2.72	0.70	0.07	0.94
Factor 3	392	2.25	0.72	200	2.38	0.71	-2.11	0.04
Factor 4	392	2.19	0.82	200	2.35	0.86	-2.23	0.03
Factor 5	392	1.91	0.72	200	2.06	0.77	-2.34	0.02
Factor 6	392	1.72	0.59	200	1.82	0.63	-1.86	0.06
Factor 7	392	1.51	0.64	200	1.60	0.68	-1.58	0.11
Factor 8	392	1.70	0.71	200	1.83	0.73	-2.01	0.05
Total	392	2.02	0.48	200	2.13	0.53	-2.45	0.01

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Finalmente, en cuanto a las diferencia por grupos de edades (18-24 y 25-30 años de edad) con los ocho factores del ISCA. Como se observa en la tabla 11 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los factores del ISCA y las medias de los grupos de edades.

Tabla 11*Diferencias por grupo de edad en el ISCA y sus factores.*

Variable	Medias por grupo						T	
	18-24			25-30				
	n	\bar{x}	DE	N	\bar{x}	DE		
Factor 1	543	2.23	0.76	49	2.15	0.66	0.73	0.47
Factor 2	543	2.74	0.67	49	2.57	0.60	1.73	0.08
Factor 3	543	2.30	0.73	49	2.17	0.56	1.52	0.13
Factor 4	543	2.24	0.83	49	2.25	0.85	-0.07	0.94
Factor 5	543	1.96	0.75	49	1.99	0.73	-0.29	0.77
Factor 6	543	1.76	0.60	49	1.66	0.56	1.12	0.26
Factor 7	543	1.53	0.65	49	1.64	0.72	-1.14	0.25
Factor 8	543	1.74	0.72	49	1.76	0.69	-0.13	0.90
Total	543	2.06	0.50	49	2.02	0.48	0.53	0.60

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue por un lado validar y obtener la confiabilidad para población mexicana del ISCA en usuarios que consumen alcohol, y por otro lado analizar los ocho factores de consumo de alcohol en hombres y mujeres consumidores, estableciendo si existen diferencias entre dichos factores con el nivel de dependencia (moderado y/o bajo) y con los dos grupos de edad cuyos rangos van de 18 a 24 y de 25 a 30 años de edad.

En cuanto a la validación del (ISCA) en población mexicana se obtuvo una escala que sirve para medir situaciones de riesgo o precipitadores para el consumo de alcohol. La escala final cuenta con 60 reactivos y es tanto multidimensional, como suficientemente homogénea para calcular un puntaje total, lo que se concluye a partir del Alpha de Crombach que muestra un índice de confiabilidad total ($\alpha=0.96$), por el índice de varianza explicada que corresponde al 59% y a partir del análisis factorial confirmatorio se puede concluir que todos los factores están relacionados de manera estadísticamente significativa. El análisis de la estructura factorial de la escala permitió extraer ocho dimensiones suficientemente homogéneas como para calcular un puntaje para cada una de las mismas, lo que se puede identificar a partir de la consistencia interna de cada una de las mismas.

La estructura final del ISCA cuenta con ocho factores y a pesar de que no concuerda con su planteamiento en la totalidad de las ocho dimensiones propuestas originalmente por Marlatt y Gordon (1985), se puede pensar que es un instrumento con contenidos culturalmente relevantes tales como: la creación de un nuevo factor conformado por tres reactivos, los cuales son: *“cuando quería aumentar mi placer sexual, cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba, cuando me sentía rechazado sexualmente”*, el cual se le denominó: búsqueda de placer sexual. Además, es importante mencionar que el factor de presión social se eliminó, sin embargo, cuatro de sus reactivos quedaron distribuidos en el factor de momentos agradables con otros tales como: *“cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa, cuando al salir con amigos éstos entraban a beber una copa, cuando en una fiesta, otras personas estaban bebiendo, cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos”*.

Finalmente, otras de las diferencias encontradas en comparación con el instrumento original, se puede observar que el factor de *conflictos con otros* quedó conformado por algunos reactivos de emociones desagradables tales como: *“cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intento, cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien, cuando todo me estaba saliendo mal, cuando me sentía culpable por algo, cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas, cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.*

De acuerdo al marco teórico que se expuso en relación a las situaciones de consumo de alcohol en población adulta consumidora, se puede explicar la forma en cómo se distribuyeron algunos reactivos del factor de presión social al factor de momentos agradables con otros, así como la distribución de algunos reactivos del factor emociones desagradables al factor de conflictos con otros y la creación de un nuevo factor denominado búsqueda de placer sexual, cuyos reactivos provienen del factor momentos agradables con otros (Annis, 1982; Annis & Graham, 1995; Cruz, *et al.*, 2014; Marlatt & Donovan, 2005; Ortiz-Melgar *et al.*, 2015; Palacios, 2012).

Cabe mencionar al respecto que los factores situacionales de consumo de alcohol que sufrieron cambio forman parte de la segunda gran clasificación propuesta por Marlatt y Gordon (1985), denominada *determinantes interpersonales*, (situaciones que involucran a terceras personas) la cual precipita el consumo de alcohol. Esto quiere decir que principalmente las situaciones de momentos agradables con otros, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual son conformadas de manera diferentes en población Mexicana comparadas con la población donde originalmente se validó dicho instrumento.

Este reajuste puede ser explicado como una respuesta a la adaptación cultural en población mexicana. Es decir, al ser adultos jóvenes y de acuerdo al momento del ciclo de vida en el que se encuentra la población, existen diversas situaciones que pudieran estar elicitando el consumo de alcohol, tales como: el pasar momentos agradables con pares y/o amigos en fiestas o reuniones y a la vez, al estar en dichas reuniones tener el valor de acercarse a personas con el fin de tener un contacto físico o sexual. Por otro lado, se puede observar que estados emocionales negativos, tales como ansiedad, enojo y culpa, los cuales no solo están relacionados a conflictos con terceras personas, sino también a conflictos con uno mismo debido a la expectativa de resultados que no se han alcanzado favorablemente en alguna área de su vida, por ejemplo al no estar rindiendo como debería o esperarían. Esto puede estar provocando el consumo de alcohol con el fin de manejar dichos estados emocionales dis-placenteros (Cruz, *et al.*, 2014; Marlatt & Donovan, 2005; Ortiz-Melgar *et al.*, 2015; Palacios, 2012).

De acuerdo al marco estadístico, la actual forma en como los factores quedaron distribuidos y organizados se explica por la recomendación de Brislin *et al.*, (1973) ante el uso y aplicación de métodos confirmatorios y más prometedores como el análisis factorial en los estudios transculturales para la validación de instrumentos tales como es el caso del ISCA en población Mexicana. Asimismo, Busse y Royce (1975), señalan que las comunidades (denominación técnica que recibe la varianza que comparten los factores (contra las diferencias transculturales pueden ser detectadas por medio del análisis factorial, con el fin de tener un instrumento confiable y valido).

Asimismo, consideran esto muy importante para establecer los límites de la invariabilidad factorial, solamente si la invariabilidad estructural fuera demostrada, es metodológicamente adecuado hacer las comparaciones transculturales de los niveles factoriales. Adicionalmente, Butcher y Bemis (1984), sostienen que una aproximación para validar un instrumento de medición para ser adaptado en una nueva cultura, es su validación factorial, para asegurar que los reactivos y las escalas mantengan el mismo sentido psicológico en la nueva cultura.

Es importante retomar las definiciones propuestas por Marlatt y Gordon (1985), de cada uno de los factores del (ISCA) que se encuentran relacionados con el consumo de alcohol, en términos de las áreas en las que clasifican a las expectativas del consumo, quedó conformada de la siguiente manera: 1- Probando auto control, 2- Momentos agradables con otros, 3- Emociones agradables, 4- Emociones desagradables, 5-Conflictos con otros, 6- Necesidad física, 7- Malestar físico, 8- Búsqueda de placer sexual.

El primer factor denominado **probando auto control** se refiere a que el consumo de alcohol se utiliza con la intención de evaluar la habilidad que se tiene para comprometerse en un consumo controlado o moderado, o en abstinencia.

El segundo factor denominado **momentos agradables con otros** se refiere a que el uso del alcohol se presenta a fin de incrementar sentimientos de placer dados por la convivencia con otras personas, ante celebraciones, vacaciones. El tercer factor es **emociones agradables** que es el uso de alcohol para experimentar o incrementar sentimientos de placer, disfrute, libertad, celebración, etc. Incluye el uso de alcohol principalmente por los efectos positivos o por experimentar los mejores efectos de la droga. El cuarto factor, denominado **emociones desagradables** se refiere a las situaciones determinantes del consumo de alcohol ante sentimientos o estados emocionales dis-placenteros, tales como: enojo y tristeza y soledad. El quinto factor se denomina **conflicto con otros** se refiere a las situaciones de consumo de alcohol ante eventos que involucran principalmente conflictos con otros, teniendo como productos emociones como ansiedad, frustración, miedo, tensión, preocupación, aprehensión etc.

Como sexto factor tenemos **necesidad o urgencia por consumir** donde el uso de alcohol se presenta en función de respuestas internas, en forma de impulsos, tentaciones o incitaciones en donde podemos incluir el craving o intenso deseo subjetivo. Como séptimo factor se tiene el **malestar físico** que se encuentra relacionado el consumo de alcohol como una manera de enfrentamiento ante estados emocionales dis-placenteros, dolorosas, ya sean físicos o fisiológicos, relacionadas o no con la abstinencia física o craving del alcohol.

Finalmente el octavo factor denominado **búsqueda de placer sexual** en el que el consumo de alcohol se encuentra relacionado con la búsqueda de incrementar placer sexual y el estar más cerca de la persona que le atrae, además de la forma en cómo se afronta el rechazo sexual. Es importante añadir, que dicho factor quedó conformado con algunos reactivos del factor momentos agradables con otros, esto puede explicarse a una adecuación cultural (Marlatt & Gordon, 1985).

La extensión de la escala final cuenta con 60 reactivos siendo más breve que la original. Por un lado, dicha escala puede ser una herramienta útil para el estudio de las adicciones en diversos centros de atención para el consumo de sustancias, donde las intervenciones breves para consumo de alcohol tienen lugar. Por otro lado, al considerar más específicamente qué situaciones de riesgo precipitan el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, se pueden aplicar intervenciones de corte cognitivo conductual más individualizadas, considerando estas diferencias individuales, para prevenir recaídas en el contexto de las intervenciones breves para consumo de alcohol y por consiguiente prevenir el paso al consumo de otras sustancias psicoactivas.

En cuanto a los resultados de medias de grupos entre hombres y mujeres relacionado con los factores situacionales que precipitan el consumo de alcohol encontramos que las mujeres a diferencia de los hombres suelen correr el riesgo de beber ante situaciones como: *emociones desagradables, conflictos con otros, malestar físico, y búsqueda de placer sexual*, esto concuerda en parte con la teoría desarrollada en relación con el perfil modal negativo propuesto por Annis y Graham (1995), que originalmente estaba compuesto por los factores de *emociones desagradables, conflictos con otros y malestar físico*, los cuales describían una tendencia de usuarios más propensos a ser mujeres, a beber solas, y a tener niveles más altos de dependencia al alcohol.

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente, el haber adaptado y validado un instrumento en otro país y cultura diferente al original, encontramos que el factor de *búsqueda de placer sexual*, es una situación de riesgo para las mujeres ya que añadido con el perfil negativo, la mujer ante estas situaciones de riesgo puede estar utilizando el alcohol con el fin de tener una aproximación a personas que les atraen física o sexualmente poniendo en riesgo su salud e integridad física, ya que puede tener como consecuencias, una edad de inicio más temprana en el sexo, una falta de medidas anticonceptivas, un uso inadecuado del condón, embarazos no deseados, contraer enfermedades de transmisión sexual, y que puedan llegar a ser abusadas sexualmente bajo el influjo de alcohol, con esto podríamos estar detectando un grupo vulnerable de riesgo como lo menciona la junta internacional de fiscalización de estupefacientes (JIFE, 2016).

Partiendo de lo anterior, se puede trabajar por un lado con fines terapéuticos y por otro lado con fines preventivos. Con respecto al primer punto y en el contexto de intervenciones breves, se puede llegar a proponer la utilización de estrategias cognitivo conductuales para el manejo del malestar emocional (ansiedad, enojo y tristeza) principalmente en mujeres. Mediante la inclusión en la intervención terapéutica de diversas técnicas precisas enfocadas en favorecer la regulación emocional, tales como la respiración profunda, re-estructuración cognitiva, auto-instrucciones positivas, detención del pensamiento que permitan estabilizar las emociones dis-placenteras y evitar el consumo de alcohol.

Además, se puede enseñar el modelo de solución de problemas para que el usuario identifique el evento que le está afectando y genere diferentes opciones o conductas de las que ha estado empleando hasta este momento para solucionar eventos que le requieran mayor esfuerzo cognitivo y/o conductual. A pesar de que en el programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema se utilicen técnicas que le permiten al usuario desarrollar nuevas estrategias más adaptativas de afrontamiento para prevenir consumo de alcohol. El considerar un componente de solución de problemas y de auto regulación emocional enfocados principalmente en mujeres, el usuario podrá identificar y solucionar diversos problemas que le pudieran estar generando malestar emocional y por ende tener el riesgo de que pueda iniciar o incrementar el consumo de alcohol y desarrollar un alto nivel de dependencia; o bien, si está en tratamiento tener una recaída (Echeverría-San Vicente *et al.*, 2012; Marlatt & Gordon, 2005; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

En relación con los fines preventivos y contemplando la literatura revisada se puede elaborar un componente psico-educativo con el fin de enseñar y concientizar a las mujeres como grupo vulnerable y a sus principales redes de apoyo familiar, de las consecuencias negativas tanto sociales, como de salud e interpersonales que puede conllevar el consumo excesivo de alcohol y los riesgos que pudiera presentar en su integridad física (Marlatt & Gordon, 2005; Martínez-González *et al.*, 2012; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Ahora bien, en cuanto a la diferencia entre el nivel de dependencia (bajo y medio) con los ocho factores de consumo de alcohol, se encontró que los factores de emociones agradables, emociones desagradables, conflictos con otros y búsqueda de placer sexual se encuentran relacionados con un nivel de dependencia moderado. Esto quiere decir que dichas situaciones de riesgo en un inicio pueden precipitar el consumo de alcohol. Sin embargo, con el paso del tiempo, si no se controla el manejo de estas situaciones el usuario consumidor de alcohol puede llegar a desarrollar un nivel de dependencia moderado.

Estos resultados concuerdan con investigaciones realizadas por Simons *et al.*, (2014) cuyos resultados arrojan que el afecto negativo (emociones desagradables) es un precipitador de consumo de alcohol y el afecto positivo (emociones agradables) se encontraba relacionado con la probabilidad de ingerir mayor cantidad de alcohol. También, se encontró que el afecto negativo está directamente relacionado con presentar un consumo elevado de alcohol en varios días y con altos síntomas de dependencia. Es importante mencionar que los autores resaltan la importancia de tomar en cuenta la forma en que varía el estado de ánimo para predecir los síntomas de dependencia de consumo.

En relación con el factor conflictos con otros, cuyos reactivos fueron reagrupados, vale la pena mencionar que dichos reactivos se encuentran relacionados con situaciones en las que el usuario las percibe como problemáticas viviéndolas como situaciones que les generan estrés. En explicación a este resultado, tenemos un estudio realizado por McHugh *et al.*, (2013) donde se abordó la premisa que la reactividad ante el estrés es una característica que se relaciona con la dependencia al alcohol.

El objetivo de dicho estudio fue averiguar si el afecto positivo está relacionado de manera inversamente proporcional con el estrés y si el afecto negativo conlleva al deseo intenso de consumir alcohol. Dicho estudio se llevó a cabo con una muestra de pacientes dependientes de alcohol ($n=1,375$). Los resultados obtenidos apoyan esta hipótesis, ya que se vio que los pacientes que tienen altos niveles de afectos positivos presentaron una débil relación entre estrés y afecto negativo. Además, de haber presentado una relación negativa con el deseo intenso de consumir.

Estos estudios sugieren que un factor de protección es incrementar a través de la terapia cognitivo conductual estrategias o actividades adaptativas que incrementen el afecto positivo para aminorar la respuesta al estrés y a emociones desagradables (afecto negativo) y esto pudiera ser de utilidad extrapolarlo a pacientes con dependencia al alcohol con el objetivo de disminuir la probabilidad de una recaída.

Dicho lo anterior, se puede concluir que las intervenciones cognitivo conductuales aplicadas oportunamente y focalizadas por un lado, en el manejo y control de emociones desagradables (enojo, ansiedad, tristeza), y por otro lado en la enseñanza de estrategias de afrontamiento, mediante el uso del modelo de solución en problemas, para trabajar el precipitador de conflictos con otros que le pudiera estar generando emociones desagradables. Todo esto con la finalidad de disminuir un posible incremento en el consumo de alcohol y por ende la disminución de la probabilidad de presentar un nivel de dependencia moderado o incluso severo. Finalmente, añadido a lo anterior se buscaría enseñar al usuario a generar actividades alternativas, agradables y adaptativas que puedan competir con el consumo de alcohol (Marlatt, 1985; Marlatt & Gordon, 2005; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Finalmente, en cuanto a las medias por grupo de edad (18-24 y 25-30 años de edad) en relación con los ocho factores que precipitan el consumo de alcohol, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por tal motivo se decidió agrupar ambos grupos de edades en un solo rango de edad para el ISCA, con lo que se puede concluir que dicho inventario es homogéneo y aplicable a una población cuyas edades oscilan entre los 18 y 30 años de edad.

Cabe mencionar que la muestra en mujeres fue mucho menor que en los hombres, y esto pudo haber influido en los resultados al encontrar diferencias estadísticamente significativas en mujeres en los factores de emociones desagradables, conflictos con otros, malestar físico y búsqueda de placer sexual. Por tal motivo se sugieren realizar futuras investigaciones enfocadas en obtener una muestra mayor de mujeres al evaluar situaciones que precipitan el consumo de alcohol.

CONCLUSIONES

Considerando lo anterior, se diseñó una versión breve del ISCA con 60 reactivos, que miden las situaciones que desencadenan el consumo de alcohol de manera confiable y válida, adaptado específicamente para población mexicana tanto en hombres como en mujeres consumidores de alcohol, lo que garantiza la relevancia cultural para la población meta, y que puede ayudar a futuras investigaciones sobre las situaciones de riesgo y el nivel o patrón de consumo de alcohol.

Además, se puede concluir en primera instancia que dicho instrumento tiene similitud con la propuesta teórica de Marlatt y Gordon (1985), en torno a las situaciones precipitadoras de consumo de alcohol, con la excepción de un nuevo factor denominado búsqueda de placer sexual, el cual se originó del factor momentos agradables con otros, y la desaparición del factor de presión social, cuyos reactivos fueron distribuidos en momentos agradables con otros, lo cual puede ser explicado por la adecuación cultural en población mexicana.

En cuanto a la utilidad del instrumento, es útil para identificar más específicamente qué situaciones de riesgo están relacionados con el patrón de consumo de alcohol, pero ahora de manera más individualizada entre hombres y mujeres, y cómo dichas situaciones se encuentran relacionados con un escalamiento de la conducta de consumo llegando a presentar niveles de dependencia moderados. Esto con la finalidad de aplicar en el contexto de intervenciones breves para consumo de alcohol, intervenciones cognitivas conductuales más focalizadas en el manejo de dichas situaciones de riesgo y con ello prevenir la probabilidad de presentar recaídas o el paso al consumo de otras sustancias psicoactivas. Dicho instrumento además puede ser útil en investigaciones futuras ya que se podrían hacer correlaciones en torno al patrón de consumo, las situaciones desencadenantes de consumo y las expectativas relacionadas con el mismo.

En términos preventivos el instrumento resulta útil en la identificación de población en riesgo que pudiera presentar un consumo excesivo de alcohol y altos niveles de dependencia. Es importante destacar que esta escala está asociada al contexto particular de población consumidora de alcohol de la Ciudad de México, por lo que se sugiere que si va a utilizarse en otro contexto se hagan estudios previos para adaptarla a los mismos.

Finalmente se puede concluir, no solo el hecho de haber identificado un grupo vulnerable de consumo de alcohol, que además pudiera correr el riesgo de presentar niveles altos de dependencia y un pobre pronóstico a la hora de tomar tratamiento. Sino también, de acuerdo con literatura especializada, dicho grupo dado el contexto cultural en el que se encuentra puede ser estigmatizado debido al presentar problemas con el consumo de alcohol, reduciendo la probabilidad de buscar tratamiento psicológico.

Por tal motivo y como aportación al área de adicciones es la propuesta de desarrollar intervenciones cognitivo conductuales enfocadas en el tratamiento de consumo de alcohol para mujeres, trabajando principalmente el manejo y control de emociones agradables, desagradables, estrategias de afrontamiento y el desarrollo de actividades y conductas adaptativas que incrementen el afecto positivo para modular la respuesta al estrés, ya que como se vio en el trabajo presentado, dichas situaciones de riesgo de consumo están relacionadas con el Perfil teórico negativo: en el que los usuarios con este tipo de perfil mostraron un consumo excesivo de alcohol en respuesta a emociones negativas y conflictos con otros y fue visto principalmente en mujeres.

REFERENCIAS

- Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, 82.(4), 463-96.
- Albarracín, M. & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consume de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit*, 14.(1), 49-61. Recuperado el 1 de junio del 2016 En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100007
- Annis, H. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction research foundation of Ontario.
- Annis, H. (1986). A Relapse Prevention Model of Treatment of Alcoholics. En: Miller, W., & Heather, N. *Processes of Change*. New York: Pergamon Press.
- Annis, H., Graham, J., & Davis, C. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS) User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H. & Graham, M. (1995). Profile Types on the Inventory of Drinking Situations Implications for Relapse Prevention Counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9.(3), 176-182.
- Annis, H., Schober, R., & Kelly, E. (1996). Matching addiction outpatient counseling to client readiness for change: The role of structured relapse prevention counseling. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4.(1), 37-45. Recuperado el 9 de octubre del 2016 En: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-00302-006>
- Babor, T., Cooney, N., & Lauerman, R. (1987). The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behaviour: an empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts. *British Journal of Addiccion*, 82.(4), 393-4015.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification* (1a ed.). New York: Holt, Rinehart, y Winston.

- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33.(4), 344-358. Recuperado el 30 de julio del 2016 En: <https://web.stanford.edu/dept/psychology/bandura/pajares/Bandura1978AP.pdf>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37.(2), 122 – 147. Recuperado el 30 de julio del 2016 En: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1982AP.pdf>
- Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (1a ed.). New York: Prentice Hall.
- Beck, A. & Shaw, B. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19 ed.). Bilbao: Desclée de Brower.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3.(3), 333-356. Recuperado el 6 de Junio del 2017 En: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1995/art04.3.03.pdf>
- Brislin, R., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Wiley Interscience.
- Busse, A. & Royce, J. (1975). Detecting cross cultural commonalities and differences: Intergroups factor analysis. *Psychological Bulletin*, 82.(1), 128-136.
- Butcher, J. & Bemis, K. (1984). Abnormal behavior in cultural context. En: H. Adams, & P. Stuker, (3a ed.). (2002). *Comprehensive handbook of psychopathology*. New York: Plenum.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

- Caine, D., Halliday, G., Kril, J., & Harper, C. (1997). Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 62.(1), 51 – 60. Recuperado el 11 de junio del 2016 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC486695/pdf/jnnpsyc00001-0059.pdf>
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y Drogas*, 7.(1), 45-56. Recuperado el 7 de Junio del 2017 En: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf>
- Cannon, D., Leeka, J., Patterson, E., & Baker, T. (1990). Principal components analysis of the inventory of drinking situations: Empirical categories of drinking by alcoholics. *Addictive Behaviors*, 15.(3), 265–269. Recuperado el 11 de junio del 2016 En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/030646039090069A>
- Carrigan, G., Barton, S., & Stewart, S. (1998). Examination of the short form of the Inventory of Drinking Situations (IDS-42) in a young adult university student sample. *Behaviour Research and Therapy*, 36.(7), 789-807. Recuperado el 6 de junio del 2016 En: https://www.researchgate.net/publication/223498325_Examination_of_the_short_form_of_the_Inventory_of_Drinking_Situations_IDS-42_in_a_young_adult_university_student_sample
- Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (2012). Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problemas (2a ed.). México, D.F. Recuperado el 30 de julio del 2016 En: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/beb_1.pdf
- Chaney, E., O'Leary, M., & Marlatt, G. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46.(5), 1092-1104. Recuperado el 8 de Julio del 2016 En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460382900570?via%3Dihub>

- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R., & Moos, R. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69.(1), 92–100. Recuperado el 10 de octubre del 2016 En: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/69/1/92/>
- Cicua, D., Méndez, M., & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4.(11), 115-134. Recuperado el 31 de Mayo del 2016 En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111671008>
- Connors, G., Longabaugh, R., & Miller, W. (1996). Looking forward and back to relapse: Implications for research and practice. *Addiction*, 91.(Suppl.) S191–S196. Recuperado el 10 de octubre del 2016 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997792>
- Cruz, A., Luna, Y., Méndez, M., Muñoz, T., Nava, A., Adán, M., Rodríguez, A., Reséndiz, G., Rocha, R., & Maldonado. (2011). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil. *Psicología y Salud*, 21.(2), 265-271. Recuperado el 2 de junio del 2016 En: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2/Ada%20Berta%20Cruz%20D%EDaz.pdf>
- Cummings, C., Gordon, J., & Marlatt, G. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. En: W. R. Miller, *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Oxford, U.K: Pergamon Press.
- Cunillera, C. (2006). *Personas con problemas de alcohol: La abstinencia no es suficiente*. Barcelona: Paidós.
- Dennis, M., Scott, C., Funk, R., & Foss, M. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28. (Suppl 1), 51-62.
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta* (6a ed.). Wadsworth: Cengage.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol: Guía práctica para el tratamiento*. Madrid: Síntesis.

- Echeverría-San Vicente, L., Oviedo, P., & Ayala-Velázquez, H. (1998). Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA). En: H. Ayala-Velázquez, G. Cárdenas-López, L. Echeverría-San Vicente, & M. Gutiérrez-Lara, *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Echeverría-San Vicente, L., Ruiz, G., Salazar, M., Tiburcio, M., & Ayala, H. (2012). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México, D.F.: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., Mitcheson, M., Oppenheimer, E., & Taylor, C. (1977). Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". *Journal of Studies on Alcohol*, 38.(5), 1004-31. Recuperado el 5 de Junio del 2016 En: <http://www.jsad.com/doi/pdf/10.15288/jsa.1977.38.1004>
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14.(1), 43-61.
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol dependence. *The Cochrane Database Systematic Review*, 19.(3), 2-26. DOI: 10.1002/14651858.CD005032.pub2.
- Flores, M. & Barragán, L. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos. *Salud Mental*, 33.(1), 47-51. Recuperado el 7 de Junio del 2017 En:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252010000100006&s=sci_abstract
- Freixa, F. (1988). *Abordaje y tratamiento de la enfermedad alcoholica*. Barcelona: Órgan Tècnic de Drogodependències.

- Galvin, R., Bråthen, G., Ivashynka, A., Hillbom, M., Tanasescu, R., & Leone, M. (2010). EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *European Journal of Neurology*, 17.(12), 1408 – 18. Recuperado el 27 de Marzo del 2017 En: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2010.03153.x/abstract;jsessionid=FF5432C8FC14546408A15A8CCF04F99B.f03t01>
- Gaspar, C. & Martínez, K. (2008). Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. *Investigación y Ciencia*, 41.(1), 47-52. Recuperado el 3 de Junio del 2017 En: <http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista41/Articulo%207.pdf>
- Grant, B., Goldstein, R., Saha, T., Chou, S., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R., Ruan, W., Smith, S., Huang, B., & Hasin, D. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder Results. *The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III*, 72.(8), 755-766. Recuperado el 27 de Marzo del 2017 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240584/>
- Hasin, D., O'Brien, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., Compton, W., Crowley, T., Ling, W., Petry, N., Schuckit, M., & Grant, B. (2013). DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *The American Journal of Psychiatry*, 170.(8), 834-851. Recuperado el 12 de junio del 2016 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767415/pdf/nihms515995.pdf>
- Heather, N. & Stockwell, T. (2004). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. England: British library.
- Hernández, S. (2010). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: Mc GrawHill.

- Hershon, H. (1977). Alcohol withdrawal symptoms and drinking behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 38.(5), 953–971. Recuperado el 25 de Diciembre del 2016 En: <http://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.1977.38.953>
- Hillbom, M., Pyhtinen, J., Pylvänen, V., & Sotaniemi, K. (1999). Pregnant, vomiting, and coma. *Lancet*, 8.(353), 1584. Recuperado el 27 de Marzo del 2017 En: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(99\)01410-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(99)01410-5)
- Hoyumpa, A. (1980). Mechanisms of thiamin deficiency in chronic alcoholism. *American Journal of Clinical Nutrition*, 33.(12), 2750 – 61. Recuperado el 27 de Marzo del 2017 En: <http://ajcn.nutrition.org/content/33/12/2750.long>
- Hufford, M., Witkiewitz, K., Shields, A., Kodya, S., & Caruso, J. (2003). Relapse as a nonlinear dynamics system: Application to patients with alcohol use disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 112.(2), 219–227. Recuperado el 22 de Diciembre del 2016 En: <file:///C:/Users/said.bato/Downloads/Hufford%20et%20al.2003.JAbPsych.pdf>
- Jones, B., Corbin, W., & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*, 96.(1), 57–72.
- Kadden, R., Carroll K., Donovan, D., Cooney, N., Monti P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (2003). *Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy: Manual a Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Kenny, D. & Milan, S. (2012). Identification: a nontechnical discussion of a technical issue. En R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford Press.
- Kerlinger, F. & Howard, B. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ª ed.). México: Mc Graw-Hill.

- Khan, S., Okuda, M., Hasin, D., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K., Grant, B., & Blanco, C. (2013). Gender Differences in Lifetime Alcohol Dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 37.(10), 1696-1705. Recuperado el 9 de Octubre del 2016 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796956/>
- Kopera, M., Jakubezyk, A., Suszek, H., Glass, J., Klimkiewicz, A., Whorowska, K., Brower, K., & Wojnar, M. (2015). Relationship Between Emotional Processing, Drinking Severity and Relapse in Adults Treated for Alcohol Dependence in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 50.(2), 173–179. Recuperado el 20 de Febrero del 2016. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327344/>
- Kramp, P. & Hemmingsen, R. (1979). Delirium tremens: some clinical features, Part I. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60.(5), 393–404. Recuperado el 25 de Diciembre del 2016 En: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1979.tb00550.x/abstract>
- Lewis, B. (2015). Functional Limitation, Pain, and Alcohol Use: Exploring Gender Differences in the Mediating Role of Depressive Symptoms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76.(5), 809–817. Recuperado el 20 de Febrero del 2017. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/26402362/>
- Linage-Rivadeneira, M. & Lucio-Gómez-Maqueo, M. (2012). The Relationship Between Youth Substance Abuse and Coping Strategies. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 4.(1), 55-66. Recuperado el 3 de Junio del 2017 En: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/jbhsi/article/viewFile/32971/pdf>
- Llorens, N., Perelló, M., & Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16.(4), 261-266. Recuperado el 3 de Junio del 2017 En: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>

- López, C. & Bruner, C. (2007). The formation of an operant discrimination in a schedule-induced drinking situation. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 33.(2), 99-117. Recuperado el 6 de Junio del 2017 En: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/smac/article/viewFile/66/68>
- Marlatt, G., Demming, B., & Reid, J. (1973). Loss of Control Drinking in Alcoholics: An Experimental Analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81.(3), 233-241. Recuperado el 10 de Octubre del 2016 En: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/ahrw19-1/36-37.pdf>
- Marlatt, G. & Marques, J. (1977). Meditation, selfcontrol, and alcohol use. En: R. Stuart (Ed.), *Behavioral Self-management: Strategies, Techniques, and Outcomes*. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1980). Determinants of Relapse: Implications for the Maintenance of Behavior Change. En: P. Davidson, & S. Davidson, *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. & Rohsenow, D. (1980). *Cognitive processes in alcohol use: expectancy and the balanced placebo design*. In *Advances in Substance Abuse* (1ª ed.). Greenwich: JAI Press.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1ª ed.). (1985). *Relapse Prevention Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model of relapse. *Addiction*, 91.(Suppl.), 37–50.
- Marlatt, G. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behaviors* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Marlatt, A. & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies en The Treatment of Addictive* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

- Martínez-González, J., Albein-Urios, N., Munera, P., & Verdejo-García, A. (2012). Psychoeducation as a strategy to improve family support perceived from patient with alcohol dependence and personality disorder. *International Journal of Psychological Research*, 5.(1), 18-24. Recuperado el 13 de Junio del 2017 En: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539003.pdf>
- McClelland, D., Davis, W., Kalin, R., & Wanner, E. (1972). *The drinking man*. New York: Free Press.
- McHugh, K., Kaufman, J., Frost, K., Fitzmaurice, G., & Weiss, R. (2013). Positive Affect and Stress Reactivity in Alcohol-Dependent Outpatients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74.(1), 152-157. Recuperado el 20 de Agosto del 2016 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3517258/>
- Miller, P. & Mastria, M. (1977). *Alternatives to alcohol abuse: A social learning model*. Champaign, IL: Research Press.
- Miller, W. & Muñoz, R. (1982). *How to control your drinking*. University of New Mexico Press: Albuquerque.
- Miller, N. & Gold, M. (1993). *Alcohol*. Barcelona: Departament de Sanitat y Seguretat Social.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Morgenstern, J. & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95.(10), 1475–1490. Recuperado el 10 de octubre del 2016 En: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.2000.951014753.x/abstract;jsessionid=C3C418F91634035075DF946D1722E431.f04t01>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.

- Ortiz-Melgar, M., Pérez-Saavedra, V., Valentín-Ballarta, J., & Zúñiga-Hurtado, A. (2015). Asociación entre consumo de alcohol y relaciones sexuales ocasionales en los adolescentes. *Revista enfermería Herediana*, 8.(2), 109-114. Recuperado el 3 de Marzo del 2017 En: <http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/investigaciones/Asociacion.pdf>
- Osama, A., Victor, M., Schneekloth, T., Hall-Flavin, D., Loukianova, L., Geske, J., Biernacka, Mrazek, D., & Frye, M. (2013). A Retrospective Study of Gender Differences in Depressive Symptoms and Risk of Relapse in Patients with Alcohol Dependence. *The American Journal on Addictions*, 22.(5), 437–442. Recuperado el 19 de Febrero del 2016 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748388/>
- Ott, J. (1998). *Pharmacophilia o los paraísos naturales*. Barcelona: Phantástica.
- Pacheco, O. (2009). Salud y Consumo Moderado de Vino. *Enfermería Global*, 15.(1), 1-16.
- Palacios, J. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20.(1), 29-39. Recuperado el 11 de Marzo del 2017 En: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623004.pdf>
- Parra, G., Martin, C., & Clark, D. (2005). The drinking situations of adolescents treated for alcohol use disorders: A psychometric and alcohol-related outcomes investigation. *Addictive Behaviors*, 30.(9), 1725-1736. Recuperado el 11 de junio del 2016 En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460305002029>
- Pérez-López, A., Villalobos-Gallegos, L., Viveros, M., Graue-Moreno, J., & Marín-Navarrete, R. (2015). Three versions of the Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Mexican population: a comparative analysis of psychometric properties and diagnostic accuracy. *Salud Mental*, 38.(4), 281-286.

- Piasecki, T., Niaura, R., Shadel, W., Abrams, D., Goldstein, M., Fiore, M., & Baker, T. (2000). Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. *Journal of Abnormal Psychology, 109*.(1), 74–86. Recuperado el 22 de Diciembre del 2016 En: file:///C:/Users/said.bato/Downloads/Smoking_withdrawal_dynamics_in_unaided_quitters.pdf
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su Impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica, 16*.(2), 85-112. Recuperado el 6 de junio del 2017 En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
- Pitel, A., Zahr, N., Jackson, K., Sassoon, S., & Rosenbloom. (2011). Signs of preclinical Wernicke's encephalopathy and thiamine levels as predictors of neuropsychological deficits in alcoholism without Korsakoff's syndrome. *Neuropsychopharmacology, 36*.(3), 580 – 8. Recuperado el 27 de Marzo del 2017 En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055684/>
- Platt, J. (1973). Social traps. *American Psychologist, 28*.(1), 641-651. Recuperado el 27 de Marzo del 2017 En: http://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Negotiation_and_Conflict_Management/Platt_1973_Social_traps.pdf
- Polivy, J. & Herman, C. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of selfchange. *American Psychologist, 57*.(9), 677–689.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger.
- Quezada, V., Alarcón, D., Miguez, G., & Betancourt, R. (2009). Aumento de la conducta operante tras la presentación de estímulos condicionados asociados al efecto del etanol. *Revista de Psicología, 18*.(2), 65-79. Recuperado el 29 de Octubre del 2016 En: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17121/17848>

- Rankin, H., Stockwell, T., & Hodgson, R. (1982). Cues for drinking and degrees of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 77.(3), 287–296. Recuperado el 25 de Diciembre del 2016 En: https://www.researchgate.net/publication/227819742_Cues_for_Drinking_and_Degrees_of_Alcohol_Dependence
- Reyes-Lagunes, I., García., & Barragán, L. (2008). Procedimiento de Validación Psicométrica Culturalmente Relevante: Un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón, & I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México, Vol. XII* (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social. Seddigh, A., Berntson, E., Bodin-D.
- Rohsenow, D., Monti, P., Rubonis, A., Gulliver, S., Colby, S., Binkoff, J., & Abrams, D. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: Six and twelve month outcomes. *Addiction*, 96.(8), 1161–1174. Recuperado el 8 de octubre del 2016 En: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.2001.96811619.x/abstract>
- Rose, G., Skelly, J., Naylor, M., & Helzer, J. (2012). Interactive Voice Response for Relapse Prevention Following Cognitive-Behavioral Therapy for Alcohol Use Disorders: A Pilot Study. *Psychological Services*, 9.(2), 174-184.
- Schmitt, T. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29.(4), 304-321. DOI: 10.1177/0734282911406653.
- Schutte, K., Byrne, F., Brennan, P., & Moos, R. (2001). Successful remission of late-life drinking problems: A 10-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 62.(3), 322–334. Recuperado el 9 de octubre del 2016 En: <http://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.2001.62.322>
- Secades, R. & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13.(3), 365-380. Recuperado el 9 de Octubre del 2016 En: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/tratamientopsicologicoseficacesdrogadiccion.pdf

- Simons, J., Wills, T., & Neal, D. (2014). The Many Faces of Affect: A Multilevel Model of Drinking Frequency/Quantity and Alcohol Dependence Symptoms Among Young Adults. *Abnormal Psychology*, 123.(3), 676-694.
- Skinner, H. (1977). The eyes that fix you: A model for classification research. *Canadian Psychological Review*, 18.(2), 142-151.
- Skinner, H. & Lei, H. (1980). Modal Profile analysis: A computer program for classification research. *Educational and Psychological Measurement*, 40.(3), 769-772.
- Skinner, H. & Horn, L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS) user's guide*. Toronto, Ontario Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Svanberg, A., Draper, B., & Bowden, S. (2015). *Alcohol and the adult brain*. London and New York: Psychology Press.
- Thomson, A., Cook, C., Guerrini, I., Sheedy, D., Harper, C., & Marshall, E. (2008). Wernicke's encephalopathy: Plus ça change, plus c'est la même chose'. *Alcohol and Alcoholism*, 43.(2), 180 – 6. Recuperado el 27 de Marzo del 2017 En: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agm149>
- Torres, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39.(1), 171-187. Recuperado el 6 de Junio del 2017 En: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a12.pdf>
- Velasco, E., Mercado, S., & Reyes-Lagunes, I. (2014). Desarrollo y validación psicométrica de la Escala de Privacidad en la Vivienda. *Acta de Investigación Psicológica*, 4.(2), 510-519.
- Victor, M., Adams, R., & Collins, G. (1971). *The Wernicke-Korsakoff Syndrome: A Clinical and Pathological Study of 245 Patients, 82 with Post-Mortem Examinations*. Philadelphia: F. A.
- Victor, M., Adams, R., & Collins, G. (2ª ed.). (1989). *The Wernicke-Korsakoff Syndrome and Related Neurologic Disorders due to Alcoholism and Malnutrition*. Philadelphia: F. A.

- Victorio, A. & Mucha, R. (1997). The inventory of Drinking Situations (IDS) in Current Drinkers with Different Degrees of Alcohol Problems. *Addictive Behaviors*, 22.(4), 557-565. Recuperado el 8 de junio del 2016 En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460396000615?via%3Dihub>
- Walters, G. (2002). The Heritability of alcohol abuse and dependence: a meta-analysis of behavior genetic research. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28.(3), 557-584. Recuperado el 25 de Diciembre del 2016 En: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1081/ADA120006742?scroll=top&needAccess=true>
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- West, S., Taylor, A., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. En. R. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford Press.
- White, W. (2012). *Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011*. Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services: Chicago, Illinois.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59.(4), 224–235. Recuperado el 22 de diciembre del 2016 En: http://adai.washington.edu/confederation/2008readings/Marlatt_Relapse%20prevention.pdf
- Yves, Rosseel. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48.(2), 1-36. URL <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>

Cibergrafía.

American Psychiatric Association (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Informe de la Junta Internacional De Fiscalización de Estupefacientes (2016). Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado el 5 de abril del 2017 En: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Marzo/JIFE2016/AR_2016_S.pdf

Medina-Mora, M., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M., Mendoza-Alvarado, L., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones alcohol. Recuperado En: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (2010). *Alcohol use and alcohol use disorders in the united states, a 3-years follow-up*. Bethesda: National Institutes of Health. Recuperado el 22 de Diciembre del 2016 En: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/nesarc_drm2/nesarc2drm.pdf

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000). Special Report to the U.S Congress on Alcohol and Health. Hightlights From Current Research (10th). Public Health Service. National Institutes of Health. Recuperado el 22 de Diciembre del 2016 En: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10Report/10thSpecialReport.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1955). Alcohol y Alcoholismo: Informe de un comité de expertos. Ginebra: Palais Des Nations. Recuperado el 22 de Diciembre del 2016 En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37125/1/WHO_TRS_94_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (1979). Glosario de términos de alcohol y drogas. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 25 de Diciembre del 2016 En: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Recuperado el 25 de Diciembre En: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf

Organización Mundial de la Salud (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 22 de diciembre del 2016 En: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). Global Status Report on Alcohol and Health. Recuperado En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de admisión



Centro de Prevención en Adicciones
"Dr. Héctor Ayala Velázquez"

**AVISO DE PRIVACIDAD:
TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL**

FICHA DE ADMISIÓN

Centro de Prevención en Adicciones

"Dr. Héctor Ayala Velázquez"

FECHA: _____ EXP. NUM. _____
Estudiante _____ Académico UNAM _____ Administrativo UNAM _____ Público General _____

1.- Nombre: _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

2.- Edad: _____ Sexo: (M) _____ (F) _____

3.- Motivo de Consulta: _____

4.- ¿Qué sustancia consume? _____

5.- ¿Desde hace cuánto tiempo? _____

6.- ¿Cuántas veces a la semana consume? _____

7.- ¿Qué cantidad por ocasión? _____

8.- ¿Vía de Administración? _____

9.- En alguna ocasión ¿ha visto **personas** u **objetos** que no existen, o ha escuchado **voces** que no existan? (esto le ocurre sin estar bajo los efectos de la sustancia y le ocurre actualmente?) _____

10.- ¿Ha tenido intentos suicidas? _____

SI LAS RESPUESTAS 9 Y 10 CONTESTO "NO", CONTINUE CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

11.- ¿En los últimos 6 meses ha consumido medicamentos para depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno por déficit de atención e hiperactividad? _____

Anexo 2. Consentimiento de participación

CPA-08/ CONS PARTICIP versión 2

Consentimiento de participación

Iniciales: _____ No. De expediente: _____

Fecha: _____

Por medio de la presente yo _____ Acepto participar en la

evaluación y en el tratamiento que de esta se derive, los cuales se llevarán a cabo únicamente en el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez.

- He sido informado de que el centro está especializado únicamente en la atención a problemas relacionados con el consumo de sustancias, problemas de conducta en niños y adolescentes y apoyo a familiares relacionado con el consumo por lo que cualquier otra problemática será referida a otra Institución.

- Acepto y tengo conocimiento de que el terapeuta tiene Cedula profesional, no obstante se encuentra en formación y puede ser apoyado en co-terapia o por supervisión.

- En este tratamiento, la información que proporcione es de carácter confidencial y tendrán acceso a ésta mi terapeuta, co-terapeuta y su supervisor.

- Estoy de acuerdo en que los datos proporcionados puedan utilizarse con fines de investigación. ● Tengo disposición en participar en video-grabaciones confidenciales para fines de supervisión de mi caso.

- El terapeuta brindará información a mis familiares únicamente sobre mi asistencia, cuotas de pago y características del programa de intervención, orientación de lugares de atención en casos de urgencia como ideas o riesgo suicida, desintoxicación o en caso necesario de internamiento con atención profesional, el resto de la información será confidencial.

En caso de que el usuario sea menor de edad, los padres serán quienes consientan, reciban información y firmen como responsables del menor.

- El servicio prestado no será sujeto de realizar participaciones en litigios judiciales en beneficio de instituciones públicas o privadas.

- He sido informado del procedimiento y permitiré que se realice un Antidoping por medio de un marcador biológico a través de orina o de exhalación.

- Estoy de acuerdo en que la relación terapeuta-usuario será estrictamente profesional.

Como Usuario del Centro tengo derecho a:

- Recibir un trato digno, humano y sin discriminación por parte del personal del establecimiento, independientemente de mi diagnóstico, situación social o económica, sexo, origen étnico, ideología o religión.

- Que la información proporcionada por mi o mis familiares y la contenida en los expedientes clínicos, sea manejada de manera confidencial.

- Recibir tratamiento, información y orientación para mi integración a la vida familiar, laboral y social. Me comprometo como parte de mis obligaciones a cumplir con cada uno de los lineamientos que se señalan a continuación:

- Dar información veraz, fidedigna y totalmente honesta para apoyar mi abstinencia y facilitar mi recuperación.

- Cumplir diariamente con el llenado de mi auto-registro de consumo.

- Evitar asistir a las sesiones en estado de intoxicación o bajo los efectos de la sustancia.

- No podré acudir al centro con drogas legales o ilegales, ni consumirlas o venderlas en sus instalaciones o a sus alrededores, ya que esto será causa de referenciación a otro servicio.

- Cuidaré de mi integridad física, es decir, no tendré conductas que puedan poner en riesgo mi vida.

- Respetar a mi terapeuta, al personal y trabajadores de la institución, evitando tener conductas agresivas.

- Asistir con puntualidad a mis citas, esto es, con un máximo de 15 minutos de tolerancia.

- Avisar al terapeuta en caso de ser necesaria mi inasistencia vía telefónica por lo menos un día antes de la cita.

- Cumplir con la realización de mis tareas y ejercicios asignados.

- Asistir a servicio de desintoxicación o de apoyo psiquiátrico si fuese necesario.

- Asistir a tres sesiones de seguimiento es decir, al mes, tres meses y seis meses después de haber terminado el tratamiento. En estas sesiones se me aplicarán nuevamente los instrumentos de evaluación inicial y se obtendrán datos referentes a mi consumo.

- De igual manera estoy de acuerdo de que en caso necesario y al no obtener los beneficios y resultados exitosos esperados se me proporcione información por escrito respecto a otros tratamientos que me permitan lograrlos.
- Dado el caso, firmar el estado de egreso sea alta, baja o referenciación. Dado que mi participación en la presente evaluación y tratamiento es voluntaria, tengo la libertad de expresar mis dudas y retirar mi consentimiento en cualquier momento si así lo deseo.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del terapeuta responsable

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD 2/2

Anexo 3. Inventario Situacional de Consumo de Alcohol

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

ISCA

Fecha de entrevista: _____

Nombre: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado. Marque:

0. Si usted **“NUNCA”** bebió en exceso en esa situación.
1. Si usted **“OCASIONALMENTE”** bebió en exceso en esa situación.
2. Si usted **“FRECUENTEMENTE”** bebió en exceso en esa situación.
3. Si usted **“CASI SIEMPRE”** bebió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre
	0	1	2	3
01-Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
02-Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
03-Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas	0	1	2	3
04-Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
05-Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
06-Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
07-Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
08-Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
09-Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
10-Cuando volvía a estar en reuniones donde siempre bebía.	0	1	2	3
11-Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido	0	1	2	3

12-Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	2	3
13-Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
14-Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	2	3
15-Cuando sentía que no tenía a quien acudir	0	1	2	3
16-Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
17-Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
18-Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
19-Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
20-Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
21-Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
22-Cuando me sentía solo	0	1	2	3
23-Cuando me podía convencer que era una persona que podía	0	1	2	3
24-Cuando pasaba por donde bebían bebida	0	1	2	3
25-Cuando estaba cansado	0	1	2	3
26-Cuando tenía un dolor físico	0	1	2	3
27-Cuando me sentía seguro de que podía beber unas cuantas copas	0	1	2	3
28-Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites	0	1	2	3
29-Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
30-Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
31-Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	0	1	2	3
32-Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	0	1	2	3
33-Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
34-Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
35-Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe	0	1	2	3
36-Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
37-Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
38-Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3

39-Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
40-Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
41-Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
42-Cuando quería celebrar con un amigo (a)	0	1	2	3
43-Cuando me sentía culpable por algo	0	1	2	3
44-Cuando me sentía nervioso o tenso	0	1	2	3
45-Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
46-Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
47-Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
48-Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
49-Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
50-Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
51-Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
52-Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
53-Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
54-Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
55-Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
56-Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
57-Cuando había problemas en mi hogar	0	1	2	3
58-Cuando disfrutaba de una comida con amigos y pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
59-Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
60-Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3

Anexo 4. Breve escala sobre dependencia al alcohol (BEDA).

Fecha _____ de _____ la entrevista _____

Nombre: _____

INTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una “x” la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	Nunca 0	Algunas Veces 1	Frecuentemente 2	Casi Siempre 3
1. ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?				
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?				
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?				
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?				
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importarle qué bebida es la que toma?				
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?				
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?				
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?				
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?				
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?				

11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor en las manos?				
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?				
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?				
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?				
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?				
Puntaje _____				

