

## EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE AUTOAYUDA DIRIGIDA: UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS QUE ABUSAN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

*Assessment of the impact of a controlled self-help program: An alternative for the treatment of heavy alcohol drinkers*

**Carlos Andrés Gantiva Díaz<sup>1</sup>**  
**Catalina Gómez Villamizar<sup>2</sup>**  
**Luis Enrique Flórez Alarcón<sup>2</sup>**

*Universidad Nacional de Colombia*

### RESUMEN

En este estudio se implementó un programa de intervención breve, basado en la teoría de aprendizaje social, para el tratamiento de bebedores problema, a una población de 68 individuos, con una edad promedio de 27.2 años, dividida en grupo experimental (n=37) y grupo control (n=31). El programa está conformado por cinco sesiones, una de evaluación y cuatro de tratamiento, donde se identifican las situaciones de riesgo, el nivel de autoeficacia para afrontar dichas situaciones, el patrón de consumo de los individuos y la meta, la cual es establecida por los participantes. La implementación se realizó de forma individual o grupal de acuerdo a la disponibilidad de los individuos. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al incremento en el nivel de autoeficacia y una disminución en el patrón de consumo de alcohol entre el grupo control y experimental en la fase post tratamiento. Finalmente, se realiza una serie de conclusiones acerca del estudio.

*Palabras clave:* intervención breve, alcohol, autoeficacia, aprendizaje social, autocontrol

**E**n Colombia más del 80% de la población consume alcohol, y entre el 5 y el 10% puede considerarse como alcohólica (Pérez, 2000). En un estudio realizado con jóvenes universitarios en Bogotá, el 74,2% son abstemios o consumen alcohol esporádicamente, el 20,7% consumen alcohol de forma riesgosa, mientras que 5,1% presentan dependencia al alcohol; si se considera el rango de edad de los universitarios (16-27 años), estas cifras son alarmantes desde una perspectiva social debido a que estas personas constituyen una de las partes de la población más productiva (Flórez, 2003).

<sup>1</sup> Psicólogos Universidad Nacional de Colombia

<sup>2</sup> Doctor en Psicología Universidad Autónoma de México.  
Docente de Psicología Universidad Nacional de Colombia.

### ABSTRACT

On this study, a program of brief intervention was used for the treatment of problem drinkers, based upon the Social Learning Theory, to a population of 68 subjects, with a mean age of 27,2 years. Subjects were divided on two groups: experimental (n = 37) and control (n = 31). The program consists on five sessions, one of assessment and four of treatment, on which risk situations, self-efficacy level in order to cope with such situations, subjects' drinking pattern and the subject-established goal of treatment, were identified. Implementation was done on a individual or group way according to the subject's requirements. Significant differences were found regarding to the increase on the self-efficacy level and a decreasing on the alcohol drinking pattern between both of the groups on the post-treatment phase. Finally, some conclusions were abstracted about the study.

*Key words:* brief intervention, alcohol, self-efficacy, social learning, self-control



Por otra parte, las cifras de accidentalidad, suicidio y homicidios se ven drásticamente influenciadas por el consumo de alcohol en, por lo menos, una de las personas involucradas en cada una de estas situaciones. En cuanto a los accidentes de tránsito, más del 50% ocurren bajo circunstancias en que uno de los responsables, ya sea el conductor o la víctima, o ambos, se encontraban bajo los efectos del alcohol; en el 42% de los casos de suicidio en Bogotá, las víctimas presentaban niveles positivos de alcohol; y en aproximadamente el 52% de los casos de homicidio la víctima presentaba niveles importantes de consumo de alcohol. Estos son datos suficientes para evidenciar la fuerte relación entre la ingesta de alcohol y las situaciones de riesgo vitales (Pérez, 2000).

Debido a que no existe una diversidad de programas de intervención a personas con problemas en su forma de consumir alcohol (dependencia leve y moderada), sino que por el contrario, los programas de intervención se dirigen, casi en su totalidad, a personas con dependencia severa, esto genera una exclusión del sistema de salud de la población con dependencia leve y moderada, los cuales conforman el mayor grupo de individuos consumidores de alcohol y, a su vez, originan el mayor índice de perjuicios a la sociedad (accidentes de tránsito, homicidios, lesiones personales, vandalismo y violencia intrafamiliar entre otros).

Por otra parte, en el ámbito universitario y social en general, el consumo de alcohol, especialmente en los jóvenes, es considerablemente alto y comienza a muy temprana edad, en promedio entre 10 y 14 años de edad en reuniones familiares (Rumbos, 2001); esto sucede en gran parte debido a la amplia aceptación que tiene el alcohol en nuestra sociedad, al fácil acceso al mismo debido a ser una sustancia psicoactiva legal, por lo cual su comercialización en el ámbito de medios de comunicación es bastante amplia y sus restricciones de consumo, aunque existentes, son poco difundidas.

El comportamiento de consumo de alcohol es adquirido y mantenido de igual forma que cualquier otro tipo de conducta, interviniendo variables de carácter psicológico, biológico y social, permitiendo de igual forma que la modificación de este comportamiento sea posible por medio de un programa que involucre una reestructuración del ambiente físico, social y un cambio en el orden psicológico por medio del autocontrol, del manejo de contingencias ambientales y sociales, del balance decisional y un establecimiento de metas acorde a las expectativas de cada individuo. Se considera que la teoría que agrupa de mejor forma estos componentes es la teoría del aprendizaje social postulada por Albert Bandura (1982).

La teoría del aprendizaje social se centra en la interacción entre el comportamiento, el individuo y el medio ambiente en un modelo de reciprocidad triádica, es decir, que cualquiera de estos determinantes puede afectar a los otros. En esta teoría, los individuos se definen con base a unas capacidades básicas, las cuales son: capacidad simbolizadora, capacidad de previsión, capacidad vicaria, capacidad autorreguladora y capacidad de autorreflexión (Bandura, 1987).

El proceso principal de la teoría de aprendizaje social es el aprendizaje vicario, por medio del modelado, el cual consiste en que el comportamiento y las

actitudes de un individuo o grupo actúan como estímulo para generar conductas semejantes en otras personas, que están expuestas a la actuación del modelo (Perry y Furukawa, 1986, citados por Cruzado, 1998). Adicionalmente la exposición al modelo incluye las señales y situaciones que contextualizan la conducta modelada, de esta forma el modelado no sólo se presenta con respecto a la conducta, sino también está relacionado con el contexto situacional (Cruzado, 1998).

Este estudio se basa en un modelo cognoscitivo conductual de intervención breve para bebedores con dependencia baja y moderada al alcohol propuesto por Sobell y Sobell en 1993 (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998). Este modelo se sustenta en los principios de la intervención motivacional, en la cual se le ayuda a los consultantes a comprometerse en cambiar y reorganizar su conducta, usando sus fortalezas y recursos con el fin de solucionar sus problemas relacionados con el consumo de alcohol, e incrementar la autoeficacia en relación con las situaciones de riesgo para consumo excesivo que presenta cada uno de los individuos.

Entre los estudios controlados, basados en este modelo, se pueden resaltar los realizados por Ayala (2001) en México con 76 participantes clasificados como bebedores problema, con edad promedio de 36 años, a los cuales se les aplicó un programa de tratamiento de autocontrol dirigido de consulta externa. Los resultados encontrados fueron: el 85.5% de los participantes seleccionaron la moderación en el consumo de alcohol, mientras que el 14.5% restante eligieron la abstinencia. De acuerdo a la línea de base retrospectiva, los participantes reportaron 62% de días de abstinencia durante los doce meses anteriores al tratamiento, en contraposición al 74% de días de abstinencia durante el tratamiento.

Los usuarios reportaron un promedio de consumo de 10.26 copas estándar en cada día de consumo durante el último año previo al tratamiento, en contraste al 2.74 copas cada día de consumo durante el tratamiento. En cuanto al consumo excesivo, los participantes reportan que el 26% de los días de consumo previos al tratamiento fue excesivo, mientras que durante el tratamiento fue de 1.2% (Ayala, 2001).

Otro estudio fue el realizado en México en 1998 por Ayala y cols. con 177 participantes, con una edad promedio de 37.5 años, los cuales presentaban problemas relacionados con su consumo de alcohol, a los que se les aplicó un programa de tratamiento de autocontrol

dirigido de intervención breve en la modalidad de consulta externa. En este estudio los resultados obtenidos fueron: en la primera sesión el 72.9% de los participantes eligieron la moderación, mientras que el 27.1% escogieron la abstinencia. En la última sesión del programa el 78.5% de los participantes escogieron la moderación y el 20.9% la abstinencia. Los participantes reportaron un promedio de 73% de días al mes de abstinencia previos al tratamiento, durante la fase de tratamiento los días de abstinencia al mes en promedio fueron del 72.5%. En la primera sesión de seguimiento (seis meses) los usuarios reportaron una abstinencia promedio del 84% de los días del mes; y en la última sesión de seguimiento (12 meses) los usuarios reportaron un 82% de días de abstinencia al mes.

Los participantes reportan que durante la fase previa al tratamiento el promedio de copas estándares ingeridas fue de 9.2, durante la fase de tratamiento reportaron que las copas estándares consumidas eran de 4.4, durante la primera sesión de seguimiento reportaron 5.8 copas estándares ingeridas y en la segunda sesión de seguimiento reportaron 6.5 copas estándares por ocasión de consumo. En cuanto a consumo excesivo, los participantes reportan que el 13% de los días al mes previos al tratamiento fueron de consumo excesivo, en contraste con un 3% de días de consumo excesivo durante el tratamiento y un 6% de días de consumo excesivo post-tratamiento (Ayala y cols, 1998).

En los estudios realizados en Canadá por Sobell (2001) se trabajó con 56 bebedores problema y sus esposas o esposos en una investigación que tenía como base la motivación ejercida por la pareja del bebedor, en este estudio el promedio de edad era de 41 años. La intervención se realizó por medio de un modelo de autocambio dirigido, donde la meta era puesta por cada participante, los resultados obtenidos fueron observados por medio del reporte del participante como por el reporte de la esposa o esposo. El 71% de los sujetos y el 77% de los cónyuges evaluaron que el problema del consumo de alcohol era mayor o mucho mayor en el año previo al tratamiento, de igual forma los días de abstinencia aumentaron de un 22% de días al mes a un 45%, así como los días donde se consumía alcohol (mas de 10 tragos) se redujo de 11% de días al mes a un 3%; con relación a este punto se obtiene una disminución en los días de consumo "fuerte" de alcohol, pasando de 40 días al año antes del tratamiento a 10 días al año después del mismo, esto se mantuvo de acuerdo a los

seguimientos por lo menos hasta un año después de la finalización de la intervención (Sobell, 2001).

Adicionalmente se encontró un aumento en la cohesión familiar durante y después del tratamiento en comparación a la encontrada antes del mismo, por medio de la aplicación de la escala de ambiente familiar (Sobell, 2001).

Finalmente los datos obtenidos por medio de los seguimientos muestran que los participantes prefieren seguir colocándose sus propias metas y cumplirlas con base en lo aprendido, con respecto a esto se observa adicionalmente que todos menos uno de los participantes y el 84% de los cónyuges evalúan esto como positivo (Sobell, 2001).

## MÉTODO

### *Diseño*

La investigación está basada en un diseño cuasiexperimental de dos grupos independientes, donde la población es asignada a conveniencia para los grupos experimental y de control. Las variables dependientes serán el consumo de alcohol y el nivel de autoeficacia con respecto a las situaciones de riesgo de consumo excesivo. En cuanto a la variable independiente, ésta corresponde al programa de autoayuda dirigida a bebedores problema en la modalidad grupal e individual (McGuigan, 1996).

### *Participantes*

La investigación se realizó con un n=68, los individuos fueron captados mediante convocatoria libre en la Universidad Nacional de Colombia y en las localidades de Engativá y Usaquén en la ciudad de Bogotá, los interesados asistieron de forma voluntaria al programa de intervención. El grupo experimental consta de un n=37, con una edad promedio de 29,2 años. El grupo control integrado por un n=31, con una edad promedio de 24,7 años; este grupo fue constituido por individuos interesados en la investigación mas no en la intervención (ver Tabla 1).

El rango de edad se encuentra entre 17 y 41 años de edad cumplidos. Dicha selección se realizó por medio de dos instrumentos diagnósticos (BEDA y EDA), el cual está diseñado para identificar las personas que tienen problemas en su forma de beber, pero no dependen del alcohol.

### *Procedimiento*

El modelo de autoayuda dirigido a personas con problemas en su forma de beber posee siete componentes básicos (Ayala & cols, 1998).

Cuadro 1  
*Características generales de los participantes*

<b>Variabes Sociodemográficas</b>	<b>Control</b>	<b>Experimental</b>
<b>Género</b>		
Femenino	41.9%	27%
Masculino	58.1%	73%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	58.1%	56.8%
Casado	22.6%	27%
Separado	3.2%	10.8%
Unión Libre	16.5%	5.4%
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	83.9%	40.5%
Empleado	16.1%	45.9%
Independiente	0%	13.5%
<b>Edad Promedio</b>	24.7 años	29.2 años

El primero consiste en involucrar al individuo en la planeación del tratamiento, debido a que éste puede proporcionar información acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con la cual las estrategias utilizadas durante el tratamiento pueden ser implementadas; por otra parte la inclusión del individuo en la etapa inicial del tratamiento facilita la participación constante del mismo.

El segundo componente hace referencia a las interacciones individuo - entorno, las cuales sugieren que los factores ambientales son determinantes para obtener resultados exitosos.

El tercer factor utiliza los recursos del individuo para el desarrollo de metas de tratamiento, basadas en los mismos, lo cual permite consolidar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios comportamentales.

El cuarto componente se refiere al monitoreo del progreso durante la terapia, permitiendo esto la adquisición de información acerca de eventos nuevos que ocurren durante el tratamiento lo que proporciona un esquema para evaluar el plan de intervención.

El quinto componente hace referencia al incremento de la motivación para el cambio, la motivación es vista como un proceso dinámico que involucra al terapeuta, al individuo y al medio ambiente.

El sexto factor es el proceso de recaída y recuperación; acá se identifican las situaciones de alto riesgo para una recaída y se prepara al individuo para afrontarlas adecuadamente; por otra parte se entrena al in-

dividuo para minimizar las consecuencias adversas y aprender de dichas recaídas.

Finalmente, el séptimo componente se refiere a la terminación del tratamiento, la cual se realiza de forma gradual, extendiendo el intervalo de tiempo entre las sesiones para asegurar de ésta forma los efectos terapéuticos; dicha terminación del tratamiento se realiza por medio de una decisión mutua entre el terapeuta y el individuo (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1998).

**Etapas de la Intervención.** El programa presenta unas actividades generales, las cuales son: (a) etapa previa al tratamiento, (b) las sesiones de tratamiento, (c) discusiones en grupo, (d) tareas, (e) lecturas, y (f) evaluación de la intervención.

La primera etapa del programa es la selección de los participantes, la cual se realiza por medio de la aplicación de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y Línea de Base Retrospectiva (LIBARE). Dentro de esta primera etapa se realiza una evaluación inicial de los participantes, en la cual se les aplica el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) y el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), y se les proporciona un folleto con tres lecturas (balance decisional, manejando su problema de alcohol parte 1 y parte 2), el formulario de automonitoreo, la tarea 1 (balance decisional), el establecimiento inicial de metas y la forma de resumen para el expediente, los cuales deben estar diligenciados en la primera sesión (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1998).

El programa contempla cuatro sesiones de tratamiento, de 45 minutos cada una, con una sesión semanal; la primera sesión se lleva a cabo después de haber realizado la evaluación inicial, cuyo objetivo principal es que el usuario evalúe los pros y contras de su actual consumo de alcohol. De igual forma debe identificar los pros y contras que acompañarían a un cambio en el consumo de alcohol.

En la segunda sesión el individuo identifica los antecedentes y consecuentes que desencadenan el consumo excesivo, realizando un análisis funcional de dicho comportamiento, por otra parte, en esta sesión se plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo.

En la tercera sesión se trabaja una técnica de solución de problemas. Esto se realiza con el fin proporcionar al individuo herramientas para que genere conductas alternativas en situaciones de alto riesgo de consumo, de igual forma se identifican los recursos individuales (estilos de afrontamiento y recursos sociales disponibles) que el terapeuta podrá utilizar para favorecer el cambio del comportamiento.

Finalmente, en la cuarta sesión se identifican situaciones de alto riesgo que se puedan presentar y planes de acción para las mismas, igualmente se entrena al usuario para el afrontamiento de futuras recaídas y se realiza un nuevo establecimiento de metas. Si algún usuario desea continuar con la terapia, ésta se realiza individualmente (Carrascoza & Ayala, 2000; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).

Las discusiones en grupo se realizan después de la exposición del tema de cada sesión por parte del terapeuta; esto permite clarificar y retroalimentar los tópicos expuestos (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).

Las tareas tienen como objetivo la identificación de los antecedentes del consumo de alcohol, para que posteriormente los individuos puedan desarrollar planes de acción propios para situaciones futuras. La tarea 1 consiste en el balance decisional, la tarea 2 en identificar los principales factores precipitantes y las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, la tarea 3 es el desarrollo de opciones y planes de acción en situaciones problema, y la tarea 4 es un segundo establecimiento de metas y el Cuestionario de Confianza Situacional [CCS] (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).

Las lecturas tienen como propósito informar y educar a los usuarios acerca de los diversos términos y temas que se trabajan durante el programa, para que de esta forma puedan ser analizadas las propias situaciones de consumo (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).

La evaluación del programa se hace por medio de dos aspectos: (a) evaluación del proceso, la cual se hace mediante listas de chequeo de los objetivos de cada sesión; y, (b) el segundo aspecto, la evaluación de los resultados, la cual se realiza por medio de los instrumentos aplicados al inicio del programa y en forma post-intervención (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).

## RESULTADOS

El nivel de dependencia al alcohol se determinó con base en el BEDA y el EDA; dichas pruebas determinan el grado de dependencia al alcohol de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia de algunos síntomas de dependencia al etanol.

En el puntaje del BEDA, el grupo control tuvo una media de 12.6 y el grupo experimental una media de 17.1; ambos puntajes corresponden a un nivel de dependencia media (ver figura 1).

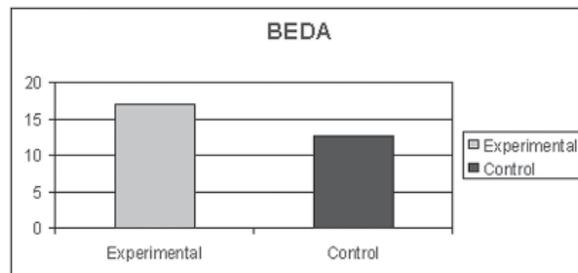


Figura 1. Media de la prueba BEDA respecto a los grupos control y experimental.

Respecto al puntaje de la prueba EDA, el grupo control obtuvo una media de 11.2 lo que lo ubica en un nivel de dependencia baja, mientras que el grupo experimental obtuvo una media de 14.8 ubicándolo en un nivel de dependencia moderada (ver figura 2).

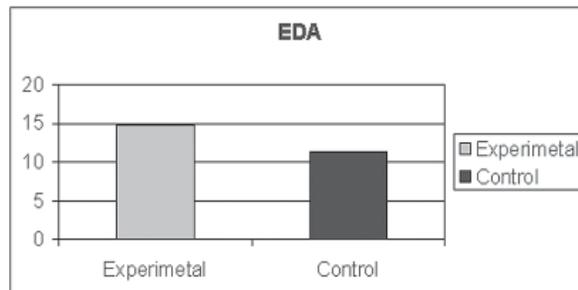


Figura 2. Media de la prueba EDA respecto a los grupos control y experimental.

Para evaluar el impacto de la intervención en la autoeficacia de los participantes, se aplicó de forma pre y post el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), en los grupos control y experimental. Dicha autoeficacia se mide en relación con la percepción del participante sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo de abuso de alcohol.

El grupo control, en la aplicación pre, presenta una confianza moderada en las siguientes subescalas: presión social (media 43.1), momentos agradables con otros (media 43.8), emociones agradables (media 50.5), necesidad física (media 54.6), emociones desagradables (media 69.2) y probando autocontrol (media 69.4). Los participantes presentan mucha confianza en las siguientes subescalas: malestar físico (media 76.3) y conflicto con otros (media 82.9) (ver figura 3).

El grupo experimental en la aplicación pre, presenta una confianza moderada en las siguientes subescalas: presión social (media 41.2), momentos agradables con otros (media 43.3), emociones agradables (media 49.9) y emociones desagradables (media

69.8). Los individuos de este grupo presentan mucha confianza en las siguientes subescalas: conflicto con otros (media 80.2), probando autocontrol (media 83.1) y malestar físico (media 86.8) (ver figura 3).

En la aplicación post del CCS el grupo control presentó una confianza moderada en las siguientes subescalas: presión social (media 42.5), momentos agradables con otros (media 42.5), emociones agradables (media 48.4), necesidad física (50.2), probando autocontrol (media 65.9) y emociones desagradables (67.1). Los participantes presentaron mucha confianza en las siguientes subescalas: malestar físico (70.6) y conflicto con otros (80.7) (ver figura 4).

El grupo experimental presentó mucha confianza en la aplicación post del CCS en todas las subescalas: momentos agradables con otros (media 77.1), presión social (media 77.9), emociones agradables (media 78.4), necesidad física (media 85), emociones desagradables (media 87.3), probando autocontrol (media 90), conflicto con otros (media 90.7) y malestar físico (media 93.4) (ver figura 4).

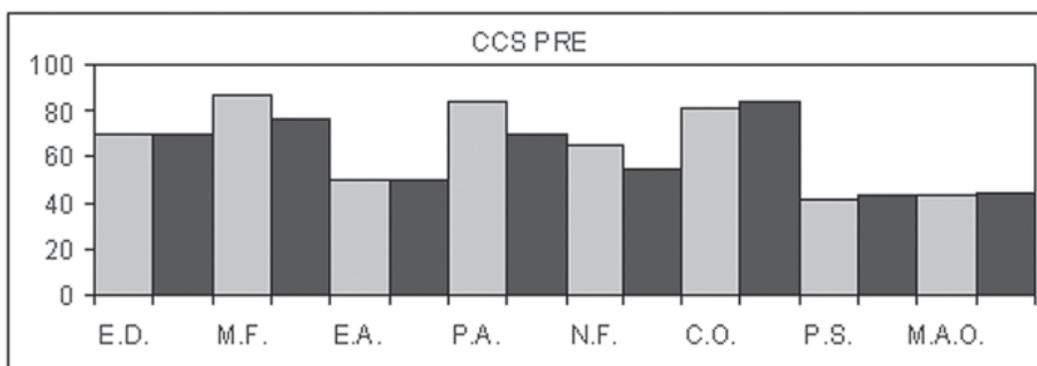


Figura 3. Comparación de medias de los grupos control y experimental de cada una de las subescalas del CCS en la aplicación pre.

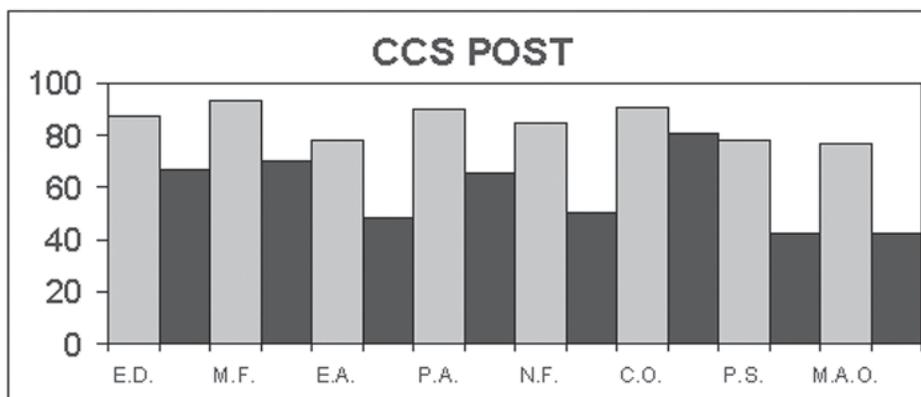


Figura 4. Comparación de las medias de los grupos control y experimental de cada una de la subescalas del CCS en la aplicación post

Respecto a la comparación de medias de la aplicación pre y post en el grupo control se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las siguientes subescalas: emociones desagradables ( $t= 5.2$ ;  $\alpha= .000$ ), malestar físico ( $t= 3.3$ ;  $\alpha= .002$ ), probando autocontrol ( $t= 2.36$ ;  $\alpha= .025$ ), necesidad física ( $t=2.66$ ;  $\alpha= .012$ ), conflicto con otros ( $t= 4.99$ ;  $\alpha=.000$ ), estas diferencias estadísticamente significativas se debieron a una disminución en la confianza de los participantes en estas subescalas en el tiempo transcurrido entre la aplicación pre y post. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes subescalas: emociones agradables ( $t= 1.5$ ;  $\alpha=.139$ ), presión social ( $t= 3.19$ ;  $\alpha= .752$ ) y momentos agradables con otros ( $t= .834$ ;  $\alpha= .411$ ).

En el grupo experimental se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la aplicación pre y post en todas las subescalas: emociones desagradables ( $t= -9.2$ ;  $\alpha= .000$ ), malestar físico ( $t= -3.56$ ;  $\alpha= .001$ ), emociones agradables ( $t= 17.3$ ;  $\alpha= .000$ ), probando autocontrol ( $t= -3.9$ ;  $\alpha= .000$ ), necesidad física ( $t= -10.42$ ;  $\alpha= .000$ ), conflicto con otros ( $t= -6.13$ ;  $\alpha=.000$ ), presión social ( $t= -20.5$ ;  $\alpha=.000$ ), momentos agradables con otros ( $t= -21.82$ ;  $\alpha= .000$ ); estas diferencias estadísticamente significativas se debieron a un aumento en la confianza de los integrantes de este grupo con respecto a cada una de las escalas entre la aplicación pre y post (ver figura 5).

En cuanto a la diferencia de medias en los grupos control y experimental de la aplicación pre del CCS, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes subescalas: malestar físico ( $t= -2.35$ ;  $\alpha= .023$ ), probando autocontrol ( $t= -3.19$ ;  $\alpha= .002$ ) y necesidad física ( $t= -2.08$ ;  $\alpha= .043$ ); estas diferencias estadísticamente significativas se debieron

a puntajes mayores en dichas subescalas en el grupo experimental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes subescalas: emociones desagradables ( $t= -.171$ ;  $\alpha= .86$ ), emociones agradables ( $t= .151$ ;  $\alpha= .88$ ), conflicto con otros ( $t= 1.08$ ;  $\alpha= .281$ ), presión social ( $t= .440$ ;  $\alpha= .661$ ) y momentos agradables con otros ( $t= .126$ ;  $\alpha= .9$ ) (ver figura 3).

Respecto a la diferencia de medias en la aplicación post del CCS en los grupos control y experimental se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas: emociones desagradables ( $t= -7.4$ ;  $\alpha= .000$ ), malestar físico ( $t= -5.65$ ;  $\alpha=.000$ ), emociones agradables ( $t= -8.15$ ;  $\alpha= .000$ ), probando autocontrol ( $t= -6.49$ ;  $\alpha= .000$ ), necesidad física ( $t= -8.14$ ;  $\alpha= .000$ ), conflicto con otros ( $t= 5.15$ ;  $\alpha= .000$ ), presión social ( $t= -9.63$ ;  $\alpha= .000$ ) y momentos agradables con otros ( $t= -9.29$ ;  $\alpha= .000$ ). Al ser el valor de t negativo, indica que los valores del grupo experimental son mayores que los de grupo control, es decir, que hay un mayor nivel de autoeficacia en el grupo experimental (ver figura 4).

En esta investigación una de las variables dependientes es el consumo de alcohol, el cual fue evaluado en forma pre test en el grupo experimental, y de forma pre test - post test en el grupo control por medio del LIBARE, en un período de dos meses.

En la aplicación pre test del LIBARE en el grupo control se encontró una media de 8.2 días de ingesta de alcohol; una media de 103 copas consumidas en total y una media de 12.2 copas por ocasión.

En el grupo experimental se encontró una media de 17.5 días de ingesta de alcohol; una media de 152.9 copas consumidas en total y una media de 9,24 copas por ocasión .

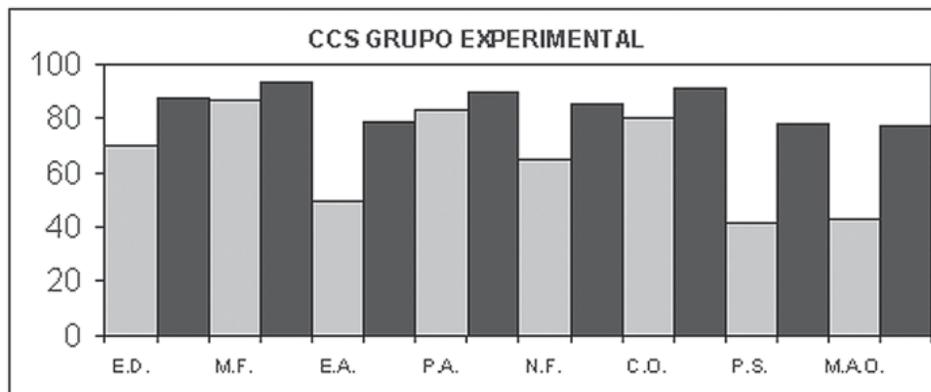


Figura 5. Comparación de las medias de cada una de la subescalas del CCS en las aplicaciones pre – post en el grupo experimental.

En cuanto a la comparación de medias en la aplicación pre del LIBARE entre los grupos control y experimental se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de días consumidos ( $t = -6.20$ ;  $\alpha = .000$ ), en la media de copas consumidas en total ( $t = 3.51$ ;  $\alpha = .001$ ), y en el promedio de copas consumidas por ocasión ( $t = 4.8$ ;  $\alpha = .000$ ). Estas diferencias estadísticamente significativas indican que en el grupo experimental existe mayor consumo en cuanto a días de ingesta y copas consumidas en total, sin embargo, el promedio de copas consumidas por ocasión es mayor en el grupo control que en el grupo experimental.

Respecto a la comparación de medias entre las aplicaciones pre - post del LIBARE en el grupo control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los indicadores, cuyos valores fueron: días de ingesta ( $t = -.931$ ;  $\alpha = .359$ ), copas consumidas ( $t = -.759$ ;  $\alpha = .454$ ), y promedio de copas consumidas por ocasión ( $t = -1.079$ ;  $\alpha = .289$ ). El valor negativo de  $t$  indica que el consumo pre fue menor que el consumo post.

Durante el tiempo de la intervención, se evaluó el consumo del grupo experimental por medio de autorregistros semanales, en los cuales los parámetros a evaluar son: número total de días de ingesta, número total de copas consumidas y promedio de copas consumidas por ocasión.

En los autorregistros del grupo experimental, se encontró en los días de ingesta una media de 1.03, en las copas consumidas se encontró una media de 3.80 y en el promedio de copas consumidas por ocasión se encontró una media de 3.34 (ver figura 6).

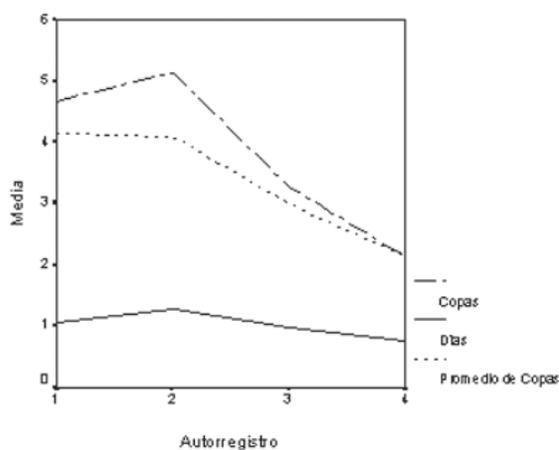


Figura 6. Evolución en el patrón de consumo durante la intervención en el grupo experimental.

Respecto a las copas consumidas en total, en el análisis de varianza se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $F = 14.759$ ;  $\alpha = .000$ ), además se puede identificar una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de los siguientes autorregistros: autorregistro 1 y 3 ( $I-J = 1.41$ ;  $\alpha = .027$ ), autorregistro 1 y 4 ( $I-J = 2.54$ ;  $\alpha = .000$ ), autorregistro 2 y 3 ( $I-J = 1.86$ ;  $\alpha = .001$ ), y autorregistro 2 y 4 ( $I-J = 3$ ;  $\alpha = .000$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes autorregistros: autorregistro 1 y 2 ( $I-J = -.46$ ;  $\alpha = .798$ ), y autorregistro 3 y 4 ( $I-J = 1.14$ ;  $\alpha = .108$ ).

Respecto a los días de consumo, en el análisis de varianza se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $F = 6.13$ ;  $\alpha = .001$ ), además se puede identificar una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de los siguientes autorregistros: autorregistro 2 y 4 ( $I-J = .054$ ;  $\alpha = .000$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes autorregistros: autorregistro 1 y 2 ( $I-J = .22$ ;  $\alpha = .326$ ), autorregistro 1 y 3 ( $I-J = 8.11E-02$ ;  $\alpha = .92$ ), autorregistro 1 y 4 ( $I-J = .32$ ;  $\alpha = .053$ ), autorregistro 2 y 3 ( $I-J = .3$ ;  $\alpha = .091$ ) y autorregistro 3 y 4 ( $I-J = .24$ ;  $\alpha = .225$ ).

Respecto al promedio de copas consumidas por ocasión, en el análisis de varianza se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $F = 8.998$ ;  $\alpha = .000$ ), además existieron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los siguientes autorregistros: autorregistro 1 y 4 ( $I-J = 2$ ;  $\alpha = .000$ ), autorregistro 2 y 4 ( $I-J = 1.95$ ;  $\alpha = .000$ ). No existieron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes autorregistros: autorregistro 1 y 2 ( $I-J = 4.50E-02$ ;  $\alpha = 1$ ), autorregistro 1 y 3 ( $I-J = 1.15$ ;  $\alpha = .055$ ), autorregistro 2 y 3 ( $I-J = 1.1$ ;  $\alpha = .071$ ), y autorregistro 3 y 4 ( $I-J = .85$ ;  $\alpha = .237$ ).

De los resultados anteriormente expuestos, se puede resaltar en lo correspondiente a la autoeficacia, medida por medio del CCS, que no se encontraron diferencias en la aplicación pre intervención en los grupos control y experimental, siendo las subescalas que presentan mayor nivel de confianza las correspondientes a conflicto con otros, probando autocontrol, necesidad física, malestar físico y emociones desagradables; por el contrario, las subescalas que presentan un menor nivel de confianza son momentos agradables con otros, presión social y emociones agradables.

En cuanto a la aplicación post intervención, se encontraron diferencias entre los grupos control y ex-

perimental en todas las subescalas del CCS, presentando mayores niveles de confianza los participantes del grupo experimental. Al realizar una comparación entre la aplicación pre y post en el grupo control, se encontraron diferencias, ya que los niveles de confianza de la aplicación post eran menores a los mostrados en la aplicación pre. En el grupo experimental se evidencian diferencias en todas las subescalas del CCS, siendo mayores los niveles de confianza en la aplicación post; lo que demuestra que los niveles de autoeficacia de los individuos del grupo experimental se incrementaron, mientras que en el grupo control se mantuvieron estables o disminuyeron.

En lo correspondiente al patrón de consumo, en los grupos control y experimental, se encontró que era similar antes de la intervención. Al realizarse la medición post en el grupo control, no se encontraron diferencias en dicho patrón; contrario a esto, en el grupo experimental se encontraron diferencias en el promedio de copas consumidas por ocasión pasando de una media de 9.24 copas, antes de la aplicación del programa, a una media de 3.34 copas después de la intervención. Esta comparación se realizó entre la medición pre por medio del LIBARE y la medición post por medio de los autorregistros (los cuales cuentan con los mismos indicadores), sin embargo, su diferencia en el lapso de tiempo hace que la comparación del consumo pre - post no sea posible desde una perspectiva estadística.

### CONCLUSIONES

El impacto de este estudio sobre la aplicación del programa de autocontrol dirigido para el tratamiento de personas con problemas en su forma de consumir alcohol, se puede analizar desde los cambios en la autoeficacia y en la cantidad consumida, por medio de una comparación entre el patrón de consumo y el nivel de autoeficacia entre e intra grupal. Este impacto es influenciado por variables pertenecientes al modelo de aprendizaje social, tales como procesos motivacionales y de disponibilidad al cambio.

El estudio muestra que un programa de intervención breve presenta un nivel de efectividad superior a la ausencia de tratamiento, dado que utiliza técnicas poco intrusivas que fomentan, entre otras cosas, la autoeficacia.

Este programa presenta aspectos favorables como lo son: (a) la fundamentación teórica ostensible en la teoría del aprendizaje social; (b) alta estructuración de los procedimientos de intervención, a partir de las ex-

periencias canadienses y mexicanas; y (c) la fundamentación empírica y desarrollo prolongado de los instrumentos de medición. Esto se encuentra en contraste con los programas de intervención vigentes en Colombia, los cuales presentan una sustentación teórica, metodológica y estructural deficiente, disminuyendo, de esta forma, la consistencia, la efectividad, la eficacia y la reproducción de dichos programas desde un punto de vista objetivo, tal como lo plantea Augusto Pérez en *El Libro de las Drogas* (2000).

El impacto en la autoeficacia se evaluó por medio del Cuestionario de Confianza Situacional, el cual está diseñado para medir el nivel de confianza en sí mismo que posee un individuo en determinadas situaciones en las cuales se podría beber en exceso; de acuerdo a los resultados obtenidos en poblaciones similares a la muestra, se podría afirmar que las personas tienden a tener una menor confianza en cuanto al control del consumo de alcohol en situaciones placenteras, tanto de carácter personal como social; así mismo, se puede decir que las personas presentan una mayor confianza en el momento de controlar el consumo cuando las situaciones son de índole aversivo.

En la aplicación pre - post del CCS en el grupo experimental se encontraron diferencias significativas en todas las subescalas del instrumento, evidenciando un incremento en la autoeficacia de los participantes del grupo experimental. Este aumento en el nivel de confianza para poder controlar el consumo de alcohol es explicable debido a la implementación del programa de autoayuda dirigida para el tratamiento de bebedores problema en el grupo experimental, donde se utilizaron técnicas basadas en el modelo de aprendizaje social. Además, los participantes del grupo experimental presentaban una alta disponibilidad al cambio, lo cual favoreció la implementación del programa, observándose en una disminución en el consumo.

Respecto a la comparación de la aplicación post en los grupos control y experimental del CCS, se encontraron diferencias significativas en todas las subescalas del instrumento, confirmando un aumento en la autoeficacia del grupo experimental debido a la implementación del programa de autoayuda dirigida, para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol; estos resultados concuerdan con los hallazgos de las investigaciones en las que se ha aplicado este programa en poblaciones de bebedores problema en México (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Ayala, 2001), y en poblaciones de bebedores pro-

blema en Canadá (Sobell, 2001), confirmando la validez transcultural del programa, y logrando un nivel de efectividad mayor que en la ausencia de tratamiento y un nivel comparable al logrado con intervenciones más prolongadas y costosas.

Según Miller y Rollnick (1999), el impacto principal de las intervenciones breves está en la motivación para el cambio, y una vez sucedido esto, el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda adicional, haciendo que este programa de autoayuda dirigida sea una buena opción de tratamiento de primera vez, dado que este programa es de bajo costo, poco intrusivo y consistente con el incremento de la autoeficacia del usuario. La utilización de instrumentos tales como el ISCA y el CCS formando parte del protocolo de intervención, permiten que ésta se individualice a las características específicas del patrón del consumo de alcohol del participante y el nivel de autoeficacia del mismo. Estos instrumentos tienen una validez transcultural como lo muestran Sobell y cols. (2001).

Los componentes de una intervención breve, como lo es el programa de autoayuda dirigida, que se relacionan directamente con el fortalecimiento de la autoeficacia son la reestructuración cognoscitiva y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de alto riesgo de consumo (Echeverría y cols, 2002). Esto es coherente con el desarrollo del presente estudio, debido a que cada uno de ellos fue implementado en las intervenciones grupales o individuales en los participantes del grupo experimental.

El impacto en el consumo de alcohol se evaluó en el grupo control por medio de la aplicación del LIBARE pre y post, con un lapso de tiempo de dos meses cada una. En el grupo experimental se evaluó por medio de la aplicación pre del LIBARE y por la evolución del consumo en los autorregistros semanales que el participante realizaba durante la intervención.

En el grupo control no se encontraron diferencias significativas en los parámetros del LIBARE, como lo son: (a) número total de días de ingesta, (b) número total de copas consumidas, y (c) promedio de copas consumidas por ocasión; entre las aplicaciones pre y post, lo cual indica que en una población con características similares a la muestra y en ausencia de un evento significativo en la vida del individuo o de tratamiento, el patrón de consumo de alcohol tiende a ser estable.

En el grupo experimental se evidenciaron diferencias significativas en la evolución del consumo a través de los cuatro autorregistros en todos los parámetros

(número total de días de ingesta, número total de copas consumidas y promedio de copas consumidas por ocasión), cada autorregistro se aplicó por un lapso de una semana; estas diferencias son aun más notables si se comparan el autorregistro inicial con el final.

El consumo de alcohol en el grupo experimental disminuyó en relación con el consumo base que presentaba este grupo; además disminuyó ostensiblemente en el periodo de tiempo en el que se llevó a cabo la intervención, se espera que, por los cambios en la autoeficacia y por el aprendizaje de comportamientos alternativos, estos cambios se mantengan a través del tiempo.

Es importante señalar que los autorregistros cumplen un papel primordial en los programas cuyo objetivo es la disminución del consumo, debido a que presentan una retroalimentación inmediata del consumo, favoreciendo el autorrefuerzo de los logros obtenidos y dan una advertencia de posibles recaídas en el consumo excesivo (Echeburúa, 1996).

La utilización de los autorregistros en el programa de autoayuda dirigida, se relaciona con los componentes básicos de una intervención breve como los son las técnicas de autocontrol y el análisis funcional del consumo, los cuales van encaminados a disminuir el patrón de consumo del individuo (Echeverría y cols, 2002).

Es relevante acotar que los autorregistros, al tener un carácter autorreforzante y retroalimentador, favorecen la motivación al cambio, dado que le proporcionan al individuo una información clara sobre su propio consumo y la obtención de logros encaminados hacia la meta que fue autoelegida.

## REFERENCIAS

- Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. En H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de conductas adictivas* (pp. 81-91). México: UNAM.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para los bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6 (1) 71-93.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

- Bandura, A. (1982). *Principios de modificación de conducta*. Salamanca: Sígueme.
- Carrascoza, C. A. & Ayala, H. (2000). La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud pública en México. *Psicología y Salud*, 10 (3) 149-160.
- Cruzado, J. A. (1998) Técnicas de modelado. En F. Labrador, J. A. Cruzado, & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 594-627). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E (1996). Evaluación psicológica del alcoholismo y del consumo excesivo de alcohol. En G. Buela-Casal, V. Caballo, & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Ayala, H. & Martínez, M. (2002). *Curso de capacitación para profesionales de la salud. Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: UNAM.
- Flórez, L. E. (en prensa). Cuestionario de etapas integrado a un programa (CEMA- PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: Evaluación de etapas y de variables intermedias. *Acta Colombiana de Psicología*.
- McGuigan, F. J. (1996). *Psicología experimental: Métodos de investigación*. México: Prentice Hall.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas*. Bogotá: Carrera 7ª.
- Rumbos. (2001). *Observatorio Colombiano sobre el consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperada en Diciembre de 2001 de <http://www.occsp.gov.co>.
- Sobell, L. (2001) Motivational interventions for problem drinkers. En H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de conductas adictivas* (pp. 67-80). México: UNAM.
- Sobell, L., Agrawal, S., Annis, H., Ayala, H., Echeverría, L., Leo, G., y cols. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: Alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Substance Use & Misuse*, 36 (3), 313-331.

