

DIRECTOR
José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Aizpiri Díaz, Javier
Medicina Psicoorgánica de Vizcaya (España)
Castaño Pérez, Guillermo Alonso
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)
Cuesta Cambra, Ubaldo
Universidad Complutense de Madrid (España)
Dias, Paulo C.
Universidade Católica Portuguesa (Portugal)
Fernández Hermida, José Ramón
Universidad de Oviedo (España)
Inglés Saura, Cándido
Universidad Miguel Hernández (España)
Latorre Postigo, José Miguel
Universidad de Castilla-La Mancha (España)
Llopis Llacer, Juan José
Universidad Jaume I de Castellón (España)
Pascual Pastor, Francisco
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)
Pérez de Arróspide, Jesús A.
Fundación Vivir sin Drogas (España)
Pérez Gálvez, Bartolomé
Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant (España)
Sanchís Fortea, Manuel
Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)
Secades Villa, Roberto
Universidad de Oviedo (España)

COMITÉ CIENTÍFICO

Bayés Sopena, Ramón
Universidad Autónoma de Barcelona (España)
Becoña Iglesias, Elisardo
Universidad de Santiago de Compostela (España)
Beneit Montesinos, Juan Vicente
Universidad Complutense de Madrid (España)
Bobes García, Julio
Universidad de Oviedo (España)
Botvin, Gilbert J.
Weill Medical College Cornell Univ. (USA)
Brackett, Marc. A.
Yale University (USA)
Burkhart, Gregor
Observatorio Europeo sobre Drogas (Portugal)
Castel-Branco Goulao, Joao
Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) (Portugal)
Castel-Branco Goulao, Joao
Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) (Portugal)
Echeburúa Odriozola, Enrique
Universidad del País Vasco (España)
Faggiano, Fabricio
Università del Piemonte Orientale (Italia)
Gardner, Eliot L.
Albert Einstein College of Medicine (USA)
Griffin, Kenneth W.
Weill Medical Collage Cornell University (USA)
Guerra Sirera, Consuelo
Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia (España)
Huedo-Medina, Tania B.
University of Connecticut (USA)
Johnson, Blair T.
University of Connecticut (USA)
Leukefeld, Carl G.
University of Kentucky (USA)
López Sánchez, Carmen
Universidad de Alicante (España)
Maldonado, Rafael
Universidad Pompeu Fabra (España)
Marín, Gerardo
University of San Francisco (USA)
Méndez Carrillo, F. Xavier
Universidad de Murcia (España)
Montesinos, Luís
Montclair State University (USA)
Nájera Morrondo, Rafael
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (España)
Preciado, Juan
City University of New York (USA)
Rochon, Alain
Régie Régionale de L'Estrie (Canadá)
Rodríguez de Fonseca, Fernando
Universidad Complutense de Madrid (España)
Rodríguez Marín, Jesús
Universidad Miguel Hernández (España)
Singer, Merrill
Hispanic Health Council (USA)
Sobell, Linda C.
Nova Southeastern University de Florida (USA)
Sobell, Mark B.
Nova Southeastern University de Florida (USA)

Objetivos

Health and Addictions/Salud y Drogas tiene como objetivos promover la divulgación de resultados de investigación sobre las drogodependencias y otros trastornos adictivos en general, así como con aspectos relacionados con la promoción e intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud, desde una aproximación amplia y pluridisciplinar, perfeccionar sus métodos y técnicas, fomentar una visión crítica y comprometida del fenómeno de la droga e impulsar la cooperación científica entre los investigadores, profesores, estudiosos y especialistas de la materia, desde el compromiso con la ética y los derechos humanos.

En este sentido, *Health and Addictions/Salud y Drogas* publica artículos sobre tratamiento, prevención y reinserción, así como estudios epidemiológicos, básicos y descriptivos sobre las conductas adictivas y la promoción e intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud.

Frecuencia

Health and Addictions/Salud y Drogas se publica dos veces al año (junio y diciembre) en versión impresa y electrónica, siendo la versión electrónica idéntica a la impresa.

Idioma

El idioma de publicación puede ser el español e inglés.

Separatas

Health and Addictions/Salud y Drogas envía a cada autor una carta de aceptación una vez superado el proceso de revisión por pares. Así mismo, cada autor recibe una copia en pdf de su artículo y pueden solicitar un ejemplar de la revista impresa a la empresa que se indica en la página Web de la revista, bajo las condiciones que se especifican.

Copyright y permisos

Los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de *Health and Addictions/Salud y Drogas*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuyentes.

Diseño y maquetación

Álvaro García del Castillo López y Jesús Segarra-Saavedra

Indexada

CIRC, Dialnet, DICE, DOAJ (Directory of Open Acces Journal), Dulcinea, EBSCO, Google Scholar, IN-RECS (Índice de Impacto Revistas Españolas de Ciencias Sociales), ISOC (CINDOC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas), Latindex, MIAR, PSICODOC (Colegio Oficial de Psicólogos), RCS, REDALYC, RESH y Scopus.

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Carretera Alicante-Valencia N 332, s/n

03550 San Joan d´Alacant. Alicante (España)

Tfno.: +34 965 919 319 • Fax: +34 965 919 566

Web: www.haaj.org

Correo electrónico: haaj@haaj.org

ISSN: 1578-5319

ISSN-e:1988-205X

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias. Edición impresa en papel ecológico.

ÍNDICE

1. EDITORIAL

Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones <i>Jose A. García del Castillo, Álvaro García del Castillo-López y Carmen López-Sánchez</i>	89-98
---	-------

2. ORIGINALES

Estado actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adicciones <i>Marcos López Hernández-Ardieta</i>	99-108
---	--------

Una visión del alcoholismo del padre desde la mirada de los hijos <i>Alejandra Romina Naal Romero, Ana Sofía Ramírez Dávila, Edith Karina Salinas Cervantes y Carlos Antonio Pérez Ochoa</i>	109-120
---	---------

Relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol <i>Karina Jiménez, Jose Luís Carballo, M^a Ángeles Cano y María Marín-Vila</i>	121-129
---	---------

INDEX

1. EDITORIAL

Concept of preventive adherence in the field of addictions

Jose A. García del Castillo, Álvaro García del Castillo-López y Carmen López-Sánchez 89-98

2. ORIGINALS

Current state of acceptance and commitment therapy in addictions

Marcos López Hernández-Ardieta 99-108

The perception of a father's alcoholism through the eyes of his children

Alejandra Romina Naal Romero, Ana Sofía Ramírez Dávila,

Edith Karina Salinas Cervantes y Carlos Antonio Pérez Ochoa..... 109-120

Relationship between suicide risk, coping behavior and self-efficacy among alcohol dependents

Karina Jiménez, Jose Luís Carballo, M^a Ángeles Cano y María Marín-Vila 121-129

CONCEPTO DE ADHERENCIA PREVENTIVA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

CONCEPT OF PREVENTIVE ADHERENCE IN THE FIELD OF ADDICTIONS

Jose A. García del Castillo¹, Álvaro García del Castillo-López¹ y Carmen López-Sánchez²

¹Universidad Miguel Hernández

²Universidad de Alicante

Abstract

Even though several decades developing the prevention in the field of addictions, nowadays we still configuring its conceptual framework. In this work we pretend to take a step forwards on that configuration trying to specify in a theoretical way the adherence process in the preventive field. Starting from the theoretical case in the relation of the adherence with different basic psychological processes, the structure of the preventive adherence is shown through both different models and psychosocial theories wich have confirmed somehow its influence over adherence behaviour. Gathering the advances produced in several contexts where adherence processes are included, its development is proposed from the Social Cognitive Theory and the Transtheoretical Model. Finally several aspects related to the theoretical approach and its practicals implications are discussed.

Keywords: Preventive adherence, addictions, prevention programs, psychosocial theories

Resumen

A pesar de llevar varias décadas desarrollando el campo de la prevención de las adicciones, a día de hoy aún seguimos configurando su marco conceptual. En este trabajo se pretende dar un paso más en su construcción intentando concretar a nivel teórico el proceso de adherencia en el ámbito preventivo. Partiendo del supuesto teórico en la relación del concepto de adherencia con diferentes procesos psicológicos básicos, se plantea la estructura de la adherencia preventiva desde diferentes modelos y teorías psicosociales que de alguna forma han confirmado su influencia sobre el comportamiento de adherencia. Recogiendo los avances producidos en distintos contextos en los que se incluyen procesos de adherencia, se propone su desarrollo desde la Teoría Social Cognitiva y el Modelo Transteórico. Finalmente se discuten distintos aspectos relacionados con el planteamiento teórico y sus implicaciones prácticas.

Palabras clave: Adherencia preventiva, adicciones, programas de prevención, teorías psicosociales.

Correspondencia: Dr. José A. García del Castillo.
Universidad Miguel Hernández.
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).
Campus de Sant Joan d'Alacant. 03550
Sant Joan d'Alacant, Alicante (España) E-mail: jagr@umh.es

Después de varias décadas de avance y desarrollo de la prevención de adicciones, seguimos construyendo lo que sería su marco teórico o conceptual, partiendo de la base de que se nutre de diferentes disciplinas consolidadas, pero carece de su propio ámbito de referencia. Paulatinamente se va perfilando la fundamentación en los que apoya sus principios y objetivos, como la percepción de riesgo (Bejarano, Ahumada, Sánchez, Nora, Hynes y Cumsille, 2011; García del Castillo, 2012; García del Castillo, López-Sánchez y García del Castillo-López, 2014; Gil, González y Meneses, 2010; Uribe, Verdugo y Salinas, 2011; Zimmermann, 2010), la información (García del Castillo, López-Sánchez, García del Castillo-López y Dias, 2014; Ordoñana y Gómez, 2002; Rendón, 2005; Ying, Jisoo, Lewis y Martínez, 2014), las técnicas y herramientas de intervención (Boustani, Frazier, Becker, Bechor, Dinizulu, Hedemann, Ogle y Pasalich, 2014; Gázquez, García del Castillo y Espada, 2011; Valentine y Dejong, 2013), la metodología y la evaluación (Ariza, Villalbí, Sánchez-Martínez y Nebot, 2011; García del Castillo, 2011; Gázquez, García del Castillo y Ruiz, 2011; Jiménez, Antolín-Suárez, Oliva, Hidalgo, Jiménez-Iglesias, Lorence, Moreno y Ramos, 2014; Holder, 2009; Londoño y Vinaccia, 2005), y las teorías y modelos (Becoña, 1999; García del Castillo-López, García del Castillo y Marzo, 2012; Grant, Potenza, Weinstein y Gorelick, 2010; Pons, 2008; Olivar, 2011; Solinas, Thiriet, Chauvet y Jaber, 2010).

En los programas preventivos cualesquiera de estos conceptos, principios, modelos o teorías, juega un papel primordial en la efectividad y la eficiencia final. Un programa se construye conjugando la interacción de sus componentes y teniendo en cuenta que todos los elementos estén suficientemente contrastados y probados previamente en el contexto donde se van a aplicar. Que no se consigan los resultados esperados se le puede atribuir, grosso modo, a diferentes cuestiones:

- Errores en el diseño
- Problemas con la metodología
- Errores en la aplicación de modelos o teorías
- Problemas en las estrategias de intervención
- Fallos en el manejo de la información
- Baja adherencia a la prevención

Posiblemente el concepto de adherencia preventiva no esté siendo contemplado como un constructo operativo en el ámbito de las adicciones, que puede determinar el éxito o fracaso en los resultados de la aplicación de programas. Se podría considerar, aunque sea únicamente en el plano hipotético, que cuando un programa cumple escrupulosamente con todos los requisitos necesarios para alcanzar unos resultados óptimos y no los consigue, ha sido como consecuencia de una baja adherencia a la prevención. Nos planteamos el objetivo de conceptualizar la adherencia en el contexto de la prevención de adicciones, con la intención de que se pueda utilizar como un referente más de la eficacia y eficiencia de los programas. Para ello habría que introducir en la evaluación de las intervenciones un sistema de medida de esta variable preventiva.

Hasta ahora el concepto de adherencia no se ha tenido en cuenta en el contexto de la prevención de las adicciones, posiblemente porque no se consideraba una variable que pudiera aportar información relevante o porque se ha asociado con otro tipo de comportamientos, fundamentalmente el de seguir las pautas farmacológicas de un tratamiento médico. En los últimos años se viene utilizando en contextos de actividad física y deporte, hablando de adherencia a la actividad deportiva en función de la inclusión y el mantenimiento del ejercicio físico en el estilo de vida de las personas (Márquez, Vives, y Garcés, 2010; Molinero, Salguero y Márquez, 2011; Ryan, Frederick, Leps, Rubio, y Sheldon, 1997; Thogersen y Ntoumanis, 2006). En base a los usos que ha tenido del concepto de adherencia en otros ámbitos, consideramos que es necesario introducirlo en el marco de la prevención de adicciones, ya que puede actuar como predictor de éxito o fracaso en las intervenciones preventivas, entendiéndolo que a nivel teórico una persona adherente a un programa preventivo tiene más probabilidades de no ser consumidora.

CONCEPTO DE ADHERENCIA

A pesar de ser un término empleado ampliamente, sobre todo en el ámbito de la salud, sigue contando con algunas lagunas de interpretación, aplicación y consenso, solapándose en ocasiones con conceptualizaciones afines, que en esencia, podrían coincidir en contenido y significado. De hecho como señala Martín (2004, 2014),

podemos encontrar en la literatura múltiples términos como cumplimiento, obediencia, seguimiento, adhesión, alianza terapéutica, colaboración, y cooperación que en última instancia podrían estar haciendo referencia al mismo constructo. En la actualidad, el término más utilizado es el de adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica, y dado que el término se asocia al tratamiento y/o a la terapia, entendemos que sería fácilmente extrapolable a otros aspectos del comportamiento.

Alikari y Ziga (2014), hacen referencia a la multidimensionalidad del cumplimiento y cómo este relaciona la percepción del terapeuta y el paciente hacia el tratamiento a seguir, las cuales muchas veces no tienen por qué coincidir. Lo más novedoso es que se observa un cambio en la autonomía y participación en las decisiones terapéuticas del propio paciente, con el fin de que la adherencia pueda ser más alta.

Si revisamos alguna de las definiciones, comprobamos que Silva, Galeano y Correa (2005, p.269), entienden la adherencia como “el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital)
- Tomar los medicamentos como se prescribieron
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados
- Completar los análisis o pruebas solicitadas”

Esta definición se orienta a un conjunto de medidas farmacológicas y comportamentales que ha de observar el paciente para que la efectividad y eficiencia del tratamiento sea la más óptima.

Por su parte Martín (2014, p.229), define la adherencia al tratamiento como “un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud”.

Como podemos comprobar por contraste entre ambas definiciones, seguimos en una conceptualización

que no se establece como idéntica para todos los investigadores. La definición más difundida es la que formularon Sackett y Haynes (1976), en la que hacen una correspondencia entre el comportamiento del enfermo y las instrucciones clínicas y médicas recibidas. Por su parte Di Mateo y Di Nicola (1985), definen la adherencia terapéutica como “una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (cit. Martín, 2014, p.227-228). Esta sería una de las más admitidas, donde aparecen los términos de aceptación voluntaria y activa del enfermo para conseguir el resultado terapéutico recomendado y deseado.

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta cuáles son los factores que impiden que una persona sea adherente, con el objetivo de poder determinar dónde radican los fallos del proceso y saber si parten del propio tratamiento, de quien lo recibe o de ambos. La no-adherencia la podemos definir como el incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, sea de forma voluntaria o involuntaria (Silva et al., 2005). Los autores proponen cuatro factores intervinientes en el proceso de no-adherencia a la ingesta de medicamentos:

1. Prioridad que establece el paciente para la medicación
2. Percepción de gravedad del proceso de enfermedad
3. Nivel de credibilidad de la eficacia de los medicamentos
4. Aceptación por parte del paciente de los cambios recomendados

Según Ortiz y Ortiz (2007), la no-adherencia se puede generar a partir de una serie de factores:

- Personales: donde se podrían señalar la baja motivación, la inconsciencia o ignorancia del problema, la baja autoestima y autoeficacia, síntomas depresivos o depresión, entre otros
- Asistenciales: se demuestra que cuando la satisfacción del paciente es alta con el servicio médico o terapéutico aumenta la tasa de adherencia al tratamiento

- **Terapéuticos:** se observan diferencias entre los tratamientos agudos y los crónicos. Asimismo a mayor complejidad en el tratamiento menor adherencia

Por último, habría que señalar también que el nivel de no-adherencia no es continuo ni estable. Una misma persona puede tomar una medicación y no otra o puede variar el cumplimiento a lo largo del tiempo en función de cómo percibe que funciona. La causa más probable de incumplimiento se atribuye al comportamiento de los sujetos y no al tratamiento en sí mismo.

ADHERENCIA PREVENTIVA

Hasta ahora los programas e implementaciones preventivas no han tenido en cuenta que una vez que se han expuesto los sujetos a un programa o intervención no tienen ningún tipo de supervisión directa por parte de los desarrolladores del programa sobre la población intervenida. Únicamente cuentan con el periodo o los periodos de seguimiento para evaluar hasta qué punto se han cubierto los objetivos a nivel de impacto, de proceso y de resultados, que son los que marcan el grado de eficacia y eficiencia del programa. La propuesta es introducir la adherencia a la prevención de las adicciones como una variable predictora más del éxito o fracaso de la intervención preventiva.

Se trata de saber previamente cuál es la intención de cumplimiento preventivo que tiene la población a intervenir. Posteriormente se puede calcular la tasa de cumplimiento real y establecer una relación entre ambas que nos permita mejorar las herramientas preventivas utilizadas. No podemos estimar el efecto de la prevención si no sabemos si la persona previamente intervenida cumple o no con las indicaciones preventivas.

Tal y como se ha expuesto para la adherencia y la no-adherencia terapéutica, habría que introducir estrategias preventivas en el cuerpo de la implementación, que puedan aumentar la tasa de adherencia preventiva (Figura 1):

- Aumentar la motivación hacia el programa y la intervención
- Aumentar la percepción de riesgo

- Aumentar la credibilidad
- Confirmar la tasa de aceptación de cada una de las herramientas preventivas utilizadas
- Mejorar la inteligencia emocional
- Dirigir las actitudes hacia el mantenimiento de la salud
- Contrarrestar el efecto del grupo de iguales sobre la adherencia preventiva
- Configurar estrategias de apoyo familiar y social
- Reducir la complejidad de los contenidos preventivos
- Adaptar las intervenciones a las poblaciones

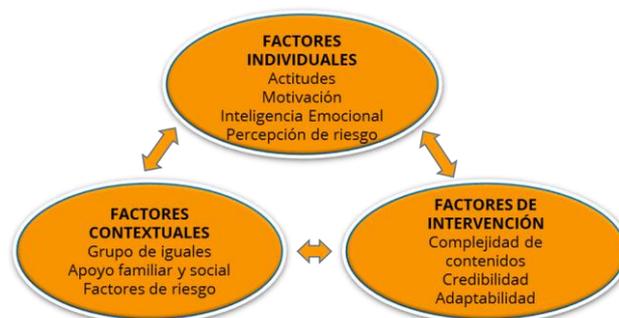


Figura 1. Determinantes de la adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones (Modificado de Molinero et al., 2011)

A partir de los determinantes, podemos proponer la configuración teórica desde una perspectiva psicosocial de la adherencia preventiva, recogiendo aquellos elementos que estimamos que deben integrar este concepto, para poder introducirlo como una variable predictora en los modelos de intervención (Figura 2).

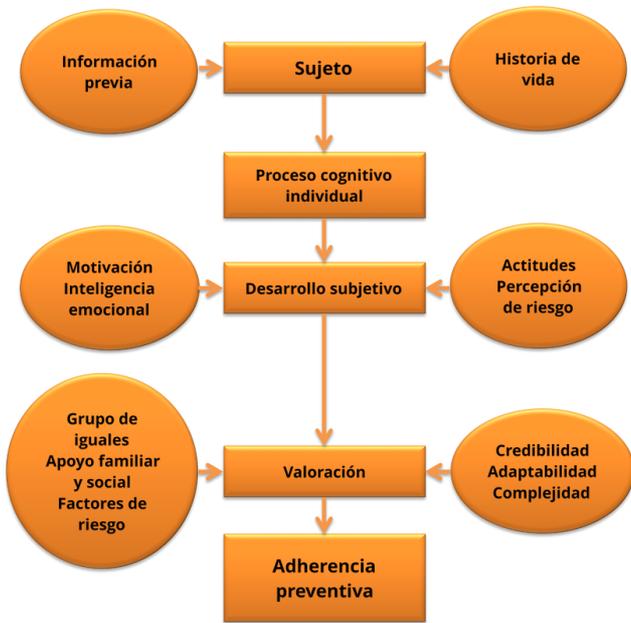


Figura 2. Configuración de la adherencia preventiva desde una perspectiva psicosocial

El concepto de adherencia preventiva planteado desde algunos modelos psicosociales

Como hemos podido observar, el concepto de adherencia puede estar relacionado con diferentes procesos psicológicos básicos, interaccionando con otras variables psicosociales. A partir de este supuesto teórico, podemos plantear la estructura de este concepto desde diferentes modelos y teorías psicosociales que de alguna forma han confirmado su influencia sobre el comportamiento de adherencia. De una forma ejemplar, se puede proponer el desarrollo de la adherencia preventiva desde la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1982, 2001) y el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982, 1984).

Funcionamiento de la adherencia preventiva desde la Teoría Social Cognitiva

La teoría propone que las creencias hacen posible que las personas sean capaces de conseguir la meta comportamental deseada. La capacidad o habilidad para ejecutar un cambio de conducta y/o seguir las pautas preventivas informadas en un programa o intervención, están en función de la autoeficacia percibida. Esta creencia actuará como predictor de la conducta a seguir, interactuando con otros predictores.

En un planteamiento preventivo, una persona puede sentirse vulnerable y aumentar su percepción de riesgo ante un determinado comportamiento, pero podrá contar con la posibilidad de adoptar una conducta saludable previamente establecida por el programa y/o la intervención que haga disminuir su percepción de vulnerabilidad, pero si la persona tiene dudas sobre sus habilidades o aptitudes para llevar a cabo esa conducta saludable, la probabilidad de que la ejecute disminuye significativamente.

En función de este planteamiento cognitivo, se puede formular que la configuración de la adherencia preventiva se base en la interacción entre las variables del desarrollo subjetivo (motivación, inteligencia emocional, actitudes y percepción de riesgo) y la valoración que haga el sujeto de su vulnerabilidad percibida y su eficacia percibida. Esta interacción conseguirá que aumente o disminuya la adherencia preventiva (Figura 3).

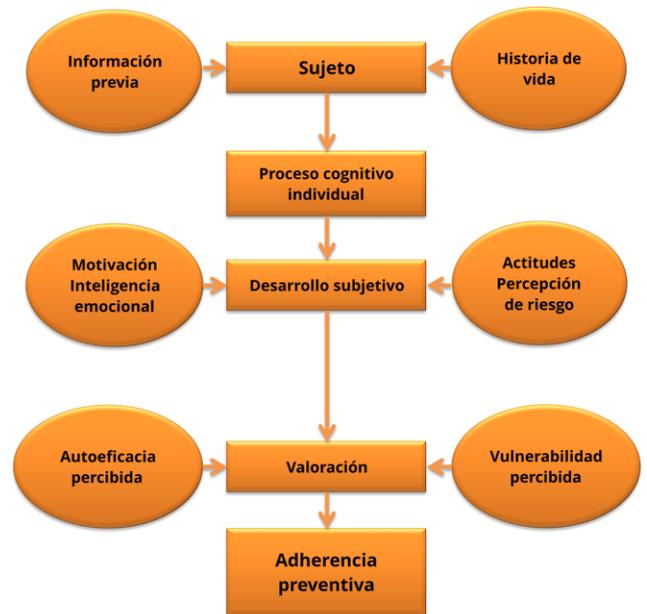


Figura 3. Funcionamiento de la adherencia preventiva desde la Teoría Social Cognitiva

Funcionamiento de la adherencia preventiva desde el Modelo Transteórico

Este modelo funciona de una forma ascendente mediante etapas de cambio posible, partiendo de un estadio donde la persona no es consciente del problema

o situación. Conforme va tomando conciencia tendrá que ir superando el resto de las etapas, teniendo en cuenta que en el desarrollo del proceso interrelacionan otras variables que lo hacen posible o lo impiden.

Las etapas motivacionales que propone el modelo se pueden adaptar a la adherencia preventiva y sintetizar en las siguientes:

- **Precontemplación:** No existe intención ni voluntad en adquirir nuevos comportamientos o llevar a cabo cambios. No se cuenta con suficiente información o no se tiene conciencia de que exista o pueda existir en el futuro un problema si se adoptan determinados comportamientos de riesgo.
- **Contemplación:** Se cuenta con suficiente información, pero no existe voluntad de ejecutar determinados comportamientos saludables o cambiar aquellos que puedan ser peligrosos.
- **Preparación:** Se dan algunos pequeños pasos hacia los comportamientos saludables. Se empieza a ser más consciente de la necesidad de correr menos riesgos.
- **Acción:** Esta es la etapa crucial en la que se afianzan los comportamientos saludables frente a los de riesgo.
- **Mantenimiento:** En esta última etapa se consolidan los comportamientos saludables y se mantienen a lo largo del tiempo.

Para la configuración de la adherencia preventiva, habría que contar además con los procesos de adquisición o cambio de comportamientos (Prochaska y Velicer, 1997), que ejercen de motores en la adquisición o cambio de comportamientos, entre los que se pueden incluir el control de estímulos, la autoevaluación o el apoyo social y familiar. Finalmente, en la fase valorativa de la configuración de la adherencia preventiva tendremos que tener en cuenta la autoeficacia percibida, los procesos de decisión, las emociones positivas y/o negativas y la posible pérdida de control de impulsos (Figura 4).

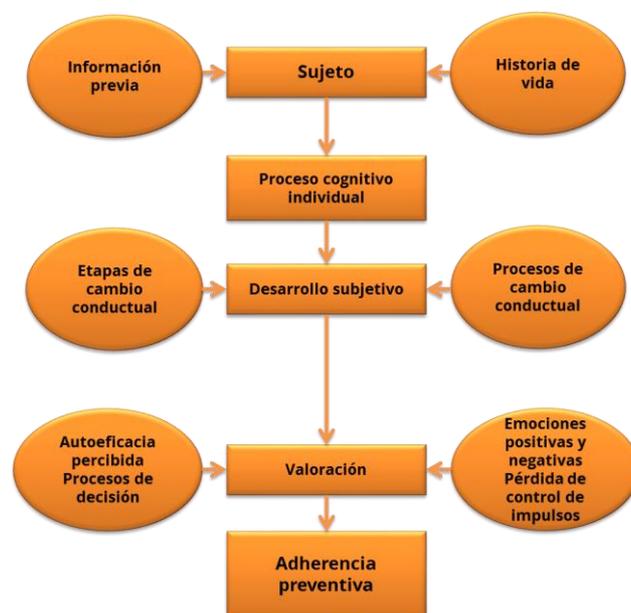


Figura 4. Funcionamiento de la adherencia preventiva desde el Modelo Transteórico

REFLEXIONES FINALES

El concepto de adherencia se encuentra entre los constructos mal definidos, pero es necesario rescatarlo y perfilarlo adecuadamente ya que su utilidad es de gran importancia, tanto en el plano terapéutico como en el de promoción y prevención de salud. La adherencia terapéutica tiene la ventaja implícita de que la persona que acude solicitando ayuda médica o psicológica se encuentra con una necesidad imperiosa de mejorar su estado de salud. Su funcionamiento dependerá del grado de necesidad en el que se encuentre el paciente en cada caso pero, en líneas generales, la probabilidad de ser adherente, obediente o cumplidor es más alta potencialmente.

Como señalan acertadamente Ortiz y Ortiz (2007), las recomendaciones terapéuticas de cualquier índole no pueden tener un seguimiento o supervisión directa cotidianamente a través de un agente externo. Se hace imprescindible transferir la responsabilidad del seguimiento al propio paciente que bajo su responsabilidad tendrá que hacer fiel cumplimiento de las prescripciones para intentar resolver el problema de salud.

El concepto de adherencia preventiva incluiría dos propuestas concretas, una enmarcada en el plano

intencional, que nos permitiera inferir la cantidad de cumplimiento que está dispuesto a asumir la persona intervenida con las propuestas y estrategias preventivas que se le proporcionan, y otra desde los resultados obtenidos en el seguimiento de los programas, que incluyan esta variable para calcular la cantidad de varianza que podrían explicar del comportamiento de salud.

La relevancia que adquiere el concepto de adherencia preventiva, se encuentra en la línea que plantean Molinero et al. (2011), pero más orientada hacia comportamientos de mantenimiento de la salud. Habría que basar la importancia de la adherencia en varios preceptos:

- Ausencia de programas de prevención de adicciones que consideren esta variable.
- Tasas de credibilidad de las estrategias preventivas bajas, que redundan en una adherencia débil.
- Propuestas poco realistas para favorecer los cambios en el estilo de vida de la población diana de los programas preventivos.
- Baja percepción de riesgo al consumo que colisiona frontalmente con la propuesta de adherencia preventiva.

Se puede intentar aumentar la adherencia preventiva utilizando evidencias de otras investigaciones. Si aumentamos las creencias de control, la autoeficacia percibida y la capacidad de autorregulación, tendremos una mayor probabilidad de que aumente la adherencia (Sherman y Koelmeyer, 2012). Basándonos en las apreciaciones de Jiménez (2014), si aumentamos la motivación y centramos los programas en la modificación de comportamientos de riesgo, mejora del estilo de vida y satisfacción de necesidades incentivando la participación activa de la población diana, tendremos más probabilidad de conseguir una conducta adherente a la prevención. Además, en otras investigaciones se ha señalado que la adherencia a la actividad física aumenta cuando la población intervenida presenta tasas mayores de autoeficacia y autocontrol (Robinson, Newton, Jones y Dawson, 2014), la credibilidad de la información suministrada aumenta la tasa de adherencia (Gustafsson, Wettermark, Godman, Andersén-Karlsson, Bergman,

Hasselström, Hensjö et al., 2011), o que cuando aumenta el optimismo disposicional se da una menor tasa de adherencia en adictos a la heroína (Zaidi, 2014).

Finalmente, habría que hacer un esfuerzo por incorporar esta variable a la evaluación de los programas e intervenciones preventivas, con el fin de poder ser más objetivos a la hora de cuantificar los resultados finales de las aplicaciones. La evaluación preventiva no estará completa si no tenemos una mayor certeza de que los cambios de comportamiento, si los hay, se pueden atribuir al programa aplicado, y para ello necesitamos saber si la población intervenida ha cumplido con las recomendaciones planteadas en el programa o la intervención, es decir, si ha sido adherente.

REFERENCIAS

- Alikari, V. y Ziga, S. (2014). Conceptual analysis of patient compliance in treatment. *Health Science Journal*, 8(2), 179-186.
- Ariza, C., Villalbí, J. R., Sánchez-Martínez, F. y Nebot, M. (2011). La evaluación del proceso en relación con la evaluación de la efectividad: experiencias de programas en el medio escolar. *Gaceta Sanitaria*, 25, 32-39.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology*, 37, 122-47.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review Psychology*, 52, 1-26.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Nora, M., Hynes, M. y Cumsille, F. (2011). Perception of Risk and Drug Use: An Exploratory Analysis of Explanatory Factors in Six Latin American Countries. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 9-17.
- Boustani, M.M., Frazier, S.T., Becker, K.D., Bechor, M., Dinizulu, S.M., Hedemann, E.R., Ogle, R.R. y Pasalich D.S. (2014). Common Elements of Adolescent Prevention Programs: Minimizing Burden While Maximizing Reach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(192), 1-11.
- Di Matteo R. y Di Nicola D. (1985). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon.
- García del Castillo, J.A. (2011). La evaluación del consumo de drogas en perspectiva. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 11(1), 7-15.
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.

- García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C. y García del Castillo-López, A. (2014). *La percepción de riesgo en la prevención del consumo de alcohol*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C., García del Castillo-López, A. y Dias, P. (2014). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(1), 5-14.
- García del Castillo-López, A., García del Castillo, J.A. y Marzo, J.C. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Informacio Psicológica*, 104, 100-111.
- Gázquez, M., García del Castillo, J.A. y Espada, J.P. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador. *Psicothema*, 23(4), 537-543.
- Gázquez, M., García del Castillo, J.A. y Ruiz, I. (2011). Importancia de la fidelidad en la implementación de programas escolares para prevenir el consumo de drogas. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 11(1), 51-69.
- Gil, E., González, J.R. y Meneses, C. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 297-308.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. y Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241.
- Gustafsson, L.L., Wettermark, B., Godman, B., Andersén-Karlsson, E., Bergman, U., Hasselström, J., Hensjö, L. et al. (2011). The 'Wise List' – A Comprehensive Concept to Select, Communicate and Achieve Adherence to Recommendations of Essential Drugs in Ambulatory Care in Stockholm. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 108, 224-233.
- Holder, H. (2009). Prevention programs in the 21st century: what we do not discuss in public. *Addiction*, 105(4), 578-581.
- Jiménez, L. (2014). Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Revista Costa Rica de Salud Pública*, 23, 68-74.
- Jiménez, L., Antolín-Suárez, L., Oliva, A., Hidalgo, V., Jiménez-Iglesias, A., Lorence, B., Moreno, C. y Ramos, P. (2014). A synthesis of research on effectiveness of school-based drug prevention programmes/Claves de eficacia de los programas de prevención de consumo de sustancias en el contexto escolar: una meta-revisión. *Cultura y Educación*, (ahead-of-print), 1-30.
- Londoño, C. y Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(2), 241-249.
- Márquez, S., Vives, L. y Garcés de los Fayos, E. (2010). Adherencia y abandono en la actividad física y deportiva. En S. Márquez y N. Garatachea (Eds.). *Actividad Física y Salud* (pp. 225-239). Madrid: Díaz de Santos.
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). En línea. Recuperado el 02 de diciembre de 2014: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
- Martín, L. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 225-238.
- Molinero, O.; Salguero del Valle, A.; Márquez, S. (2011). Autodeterminación y adherencia al ejercicio: estado de la cuestión. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 25(7), 287-304.
- Olivar, A. (2011). Aplicaciones de la neurociencia de las adicciones en los modelos preventivos. *Trastornos Adictivos*, 13(1), 20-26.
- Ordoñana, J.R. y Gómez, J. (2002). Amenaza y persuasión en mensajes de salud sobre consumo de alcohol: de la teoría a la práctica. *Adicciones*, 14(4), 479-485.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Pons, J. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*, 19, 276-88.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones.
- Prochaska, J. y Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Rendón, M.A. (2005). Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias. *Ciencias de la Información, Brasília*, 34(2), 52-61.
- Ryan, R. M., Frederick, C. M., Lepes, D. D., Rubio, N. y Sheldon, K. M. (1997). Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28, 335-354.
- Sackett, D.L. y Haynes, B. (1976). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sherman, K.A. y Koelmeyer, L. (2012). Psychosocial predictors of adherence to lymphedema risk minimization guidelines among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1120-1126.
- Silva, G.E., Galeano, E. y Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Solinas, M., Thiriet, N., Chauvet, C. y Jaber, M. (2010). Prevention and treatment of drug addiction by environmental enrichment. *Progress in neurobiology*, 92(4), 572-592.
- Thogersen, C. y Ntoumanis, N. (2006). The role of self-determined motivation to the understanding of exercise-related behaviours, cognitions and physical self-evaluation. *Journal of Sport Sciences*, 24, 393-404.

- Uribe, J.I., Verdugo, J.C. y Salinas, X.Z. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.
- Valentine, J. y Dejong, J. (2013). *Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities*. N.Y.: Routledge.
- Ying, M.A., Jisoo, A.H.N., Lewis, N. y Martínez, L. (2014). *Are drug prevention efforts fulfilling the informational needs of college students? A survey of engagement with information about topics related to marijuana and amphetamines from media, medical and interpersonal sources*. 142nd APHA Annual Meeting and Exposition. New Orleans.
- Zaidi, U. (2014). Dispositional Optimism and Treatment Compliance in Heroin Addicts. *Journal Of Humanities And Social Science*, 19(10), 125-131.
- Zimmermann, G. (2010). Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland. *Journal of Youth Studies* 13(1), 83-99.

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN ADICCIONES

CURRENT STATE OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY IN ADDICTIONS

Marcos López Hernández-Ardieta

Centro de Atención Integral a Drogodependientes, Madrid

Abstract

Substance abuse disorders are some of the psychological disorders with a higher dropout and relapse rates; this makes it necessary to constantly update the advances taking place within the mainstream treatment model for these disorders, cognitive behaviour therapy.

In the present work we reviewed the evidence regarding empirical studies of treatment in the field of addictions (case reports and controlled trials) for one of the third generation behaviour therapies with more promising outcomes: Acceptance and Commitment Therapy.

Keywords: Addictions, empirical evidence, Acceptance and Commitment Therapy.

Resumen

El campo de las drogodependencias está situado entre los trastornos psicológicos con mayor índice de abandonos y mayor tasa de recaídas, por lo que se hace necesario una constante actualización de los avances que se vayan produciendo dentro del modelo imperante y de referencia para este trastorno (la terapia cognitivo-conductual).

En el presente trabajo se ofrece una revisión de los estudios empíricos en adicciones, tanto estudios de caso único como estudios controlados, de una de las terapias de conducta de tercera generación que más prometedores resultados está ofreciendo: la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Palabras clave: adicciones, evidencia empírica, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Dentro de los desarrollos a nivel básico y aplicado que se están produciendo en el campo psicológico, destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), una de las llamadas terapias de conducta de tercera generación (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004) bajo el paraguas de la filosofía denominada Contextualismo Funcional (Hayes, Hayes y Reese, 1988). ACT se fundamenta en los avances del análisis funcional del lenguaje y la cognición, la denominada Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), y está concebida para el tratamiento de la clase funcional denominada “trastorno de evitación experiencial” (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001), más recientemente denominada inflexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda. y Lillis, 2006).

El trastorno funcional de evitación experiencial se puede conformar cuando la persona ha vivido en unas condiciones en las que se ha fomentado una orientación conductual en contra del malestar y, por ende, en contra de la vida (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001; Törneke, Luciano y Valdivia-Salas, 2008; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001). El trastorno de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas (ya sean pensamientos, recuerdos, sensaciones...) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal. Al tratarse de una clase funcional u operante, ésta puede mostrarse con distintas topografías o formas conductuales diferentes. Así, distintas maneras problemáticas de comportarse (incluyendo el abuso y la dependencia de sustancias) pueden cumplir la misma función: de evitación experiencial. De hecho, se ha evidenciado que la evitación experiencial está relacionada con distintos trastornos psicológicos, tal cual están categorizados en la nosología psiquiátrica al uso (ver Boulanger, Hayes y Pistorello, 2010, para una revisión a este respecto). La evitación experiencial jugaría un papel relevante en la conducta adictiva en la medida en que los sujetos sigan la regla de evitar o escapar del malestar, o consumir droga para sentirse bien de inmediato y así poder continuar con su vida (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001). Más específicamente, supone comportarse con la finalidad de eliminar malestar o de conseguirlo rápidamente,

alejándose de las trayectorias de valor (Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).

En el campo de las adicciones, este patrón de evitación experiencial destructivo (o inflexibilidad psicológica) se evidencia en el rígido control de los eventos privados sobre la conducta del sujeto (Luciano, Páez y Valdivia, 2010). Por ejemplo, dada la particular historia del individuo, la aparición de eventos privados aversivos (como la tristeza, la ansiedad o la ira) cumplirían una función discriminativa de conductas de abuso de una determinada sustancia, a fin de acabar o reducir tal estado. Al consumir, se produce un alivio o reducción del malestar y se potencia, además, el actuar de una forma coherente de acuerdo a la regla de que hay que evitar el malestar para poder vivir. Cuando se dan múltiples ejemplos de esta regulación se puede establecer la clase funcional de evitación experiencial, con un resultado problemático: el malestar sigue y la vida queda limitada.

El objetivo básico de ACT, pues, consiste en generar flexibilidad ante los eventos privados. Dicho de otro modo, el desarrollo de la aceptación psicológica o el que la persona sea capaz, en presencia de malestar, de actuar en una dirección valiosa (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano et al., 2010; Luciano et al., 2004; Wilson y Luciano, 2002). El desarrollo de la flexibilidad psicológica en adicciones supondrá que la elección conductual de un sujeto no dependerá del malestar ni de las “ganas” de consumir que esté experimentando, sino de lo que sea importante para él en función de sus valores personales (por ejemplo, mantenerse en el cuidado de su hijo pequeño en lugar de irse a consumir para reducir el estrés producido por el trabajo). De esta manera, la persona aprenderá a lidiar con sus circunstancias personales y a relacionarse de manera diferente con los pensamientos y emociones (por ejemplo, los generados por el fallecimiento de un ser querido o la pérdida de un trabajo importante). Para ello, ACT propicia (1) aprender habilidades de distanciamiento de los eventos privados, y propicia (2) la clarificación de direcciones importantes de acción personal (Luciano et al., 2004).

ACT tiene un compromiso con la investigación experimental a nivel básico y aplicado, y desde su inicio formal (1999) se han desarrollado procedimientos terapéuticos y un amplio repertorio de técnicas específicas para alterar relaciones funcionales en la dirección señalada. A continuación se presentan los

estudios clínicos de ACT en el campo de las adicciones, un área caracterizada por la baja respuesta al tratamiento (NIDA, 2001) y en la que, por tanto, es necesario evaluar las aportaciones que puedan realizar los recientes desarrollos de la terapia de conducta.

Evidencia empírica de ACT en adicciones

Se comenzará por los estudios de caso único y posteriormente se analizarán los estudios controlados disponibles en el momento de realización del presente trabajo.

Estudios de caso único

En ACT, de acuerdo a su filosofía conductista radical, no se han desestimado los análisis de casos únicos que muestran la idiosincrasia del análisis funcional y de la intervención psicológica. De forma coherente con las bases teóricas y conceptuales del conductismo radical, los estudios de caso único, en lugar de ir destinados a la creación de guías generales de tratamiento y manuales, van destinados a detectar estrategias precisas para alterar relaciones funcionales concretas.

De esta manera, Luciano, Gómez, Hernández y Cabello (2001) presentan la aplicación de ACT a un caso clínico de alcoholismo. El tratamiento consistió en 21 sesiones individuales semanales repartidas a lo largo de 8 meses, más siete sesiones de seguimiento en un periodo de trece meses. A lo largo del tratamiento se producen episodios de bebida (informados en las sesiones 16, 17 y 20). En el seguimiento no vuelven a producirse consumos de alcohol, mientras se mantienen numerosas oportunidades para beber y se nota la necesidad de beber alcohol. Es considerable el despliegue de conductas encaminadas a valores durante el año de seguimiento. Los autores señalan la importancia de generar un marco de perspectiva eficaz que se produce paralelamente al distanciamiento de los eventos privados, produciendo un cambio en las relaciones pensar-sentir-actuar a través de múltiples ejemplos, generando nuevas respuestas ante los mismos.

Heffner, Eifert, Parker, Hernández y Sperry (2003) mostraron la aplicación de ACT en un sujeto de mediana edad con un trastorno crónico de dependencia de alcohol. El tratamiento se centró principalmente en la clarificación de valores y el desarrollo de direcciones de

valor, desarrollándose a lo largo de 21 sesiones repartidas en 4 meses, con otro mes y medio de seguimiento. Los resultados muestran una abstinencia a lo largo del tratamiento y en el seguimiento cercana al 100% y una significativa mejora en la calidad de vida. Los autores señalan como elemento terapéutico principal, generador del cambio, el trabajo que permite el desarrollo de conductas elegidas por parte del cliente en dirección a sus valores personales.

Batten y Hayes (2005) mostraron el abordaje de un cliente con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias (alcohol, anfetaminas, cocaína y marihuana). Durante los 12 meses de intervención, el cliente redujo significativamente sus puntuaciones en medidas de psicopatología del MMPI-2 y en medidas de evitación experiencial. Hasta el séptimo mes de tratamiento no se produjo la abstinencia a las sustancias problema, abstinencia que se mantuvo hasta el final del tratamiento. En el seguimiento a un año, el cliente realizó múltiples avances en áreas valiosas, teniendo consumos puntuales de alcohol y marihuana sin consecuencias negativas. Los autores señalan la dicotomía innecesaria que supone la distinción entre tratamientos de drogodependencias y los tratamientos de salud mental, cuando se aborda bajo una perspectiva funcional. Así mismo, los sujetos con un problema de adicción suelen sentirse apartados y juzgados por la "sociedad" en general y por algunos modelos de tratamiento, cuando estudios de caso como los realizados muestran que, a corto y a largo plazo, es más potente y validante el basar la terapia en términos de utilidad y centrado en los valores del cliente, más que en la propia adicción.

Twohig, Shoenberger y Hayes (2007) mostraron el tratamiento de 3 adultos con criterios de dependencia de marihuana, que recibieron un protocolo breve de ACT de ocho sesiones semanales de 90 minutos. Se utilizaron analíticas toxicológicas para verificar la abstinencia de todos los sujetos en el post-tratamiento. A los 3 meses de seguimiento, un participante se mantenía abstinentemente y los otros dos estuvieron usando cantidades inferiores a las registradas en la línea base. Este estudio muestra, como los anteriores casos, un abordaje diferente al clásico para este tipo de dependencia; un abordaje no basado en la reducción o el control de los eventos privados asociados al uso de sustancias. En estos tres casos clínicos se crea un contexto verbal en el que las ganas de consumir y los

pensamientos sobre el consumo pueden ser experimentados y no actuados.

Stotts, Masuda y Wilson (2009) mostraron la utilidad de ACT para ayudar a un sujeto durante la desintoxicación de metadona. El sujeto, de 57 años, recibió sesiones individuales semanales de ACT durante las 24 semanas de reducción gradual de la dosis del agonista opiáceo con el que estaba siendo tratado. Se evaluó el efecto que los 6 meses de intervención tuvieron en la desintoxicación de metadona, el uso de opiáceos y de otras drogas ilegales. El uso de drogas se valoró a través de screenings toxicológicos a múltiples sustancias. En los resultados se aprecia la abstinencia del sujeto a cualquier sustancia durante las 24 semanas de tratamiento. Al año de seguimiento, el sujeto se mantenía abstinentemente a opiáceos, aunque refirió el uso de benzodiacepinas prescritas. Los autores señalan que la creación de flexibilidad psicológica, es decir, que el cliente sea capaz de estar dispuesto y abierto a eventos privados desagradables, actuando en direcciones valiosas, permitió una desintoxicación a metadona exitosa.

López (2010) presenta la terapia aplicada a un sujeto con un problema de dependencia de cocaína y abuso de alcohol. El sujeto se mantuvo abstinentemente y se embarcó en conductas vitales significativas durante los 6 meses de tratamiento y otros 6 meses de seguimiento. El autor señala que dichos resultados fueron posibles pese a la aparición de malestar y ganas de consumir durante el proceso de tratamiento, gracias a la alteración del patrón de evitación que estaba resultando problemático.

Por último, López (2013a) expuso el tratamiento realizado con un sujeto policonsumidor (heroína y cocaína) desde hacía 25 años, en tratamiento con metadona y con importantes conductas impulsivas. El tratamiento consistió en citas semanales durante un año y quincenales durante un segundo año. Durante todo el proceso de tratamiento se realizaron controles toxicológicos de orina de 1 a 3 veces a la semana a las sustancias problema. Los resultados mostraron que el paciente estuvo abstinentemente a heroína y cocaína de forma objetiva y continuada durante todo el proceso de tratamiento y durante 12 meses de seguimiento pese a las ganas de consumir que inevitablemente surgieron con mayor o menor intensidad durante este periodo. Asimismo, se evidenció una disminución significativa de las conductas impulsivas y una mejora relevante de la

calidad de vida. El autor señala que intervenciones como la realizada muestran que la intervención psicológica exitosa es posible incluso con los casos más enquistados y con perfil característico de mayor cronicidad.

Estudios controlados

Se cuenta con cinco estudios controlados y aleatorizados de la efectividad de ACT en adicciones.

En el primero de ellos, Gifford et al. (2004) comparó ACT con la terapia sustitutiva con nicotina de cara a la abstinencia al tabaco. Se asignó, de forma aleatoria, 67 fumadores a dos grupos. El primero de ellos recibió la terapia sustitutiva de nicotina y el segundo grupo recibió 7 sesiones individuales y 7 sesiones grupales de ACT. En el grupo de terapia sustitutiva de nicotina, los sujetos asistieron a un grupo educativo de hora y media conducido por un psiquiatra, quien exponía la validez de la utilización de los parches de nicotina, basada en la explicación del consumo como una consecuencia del síndrome de abstinencia y la pertinencia de utilizar los parches para solucionar el problema. Se siguió la recomendación estipulada, de 4 semanas con 22 mg y otras 3 semanas con 11 mg (un total de 7 semanas de tratamiento). En el grupo ACT, los sujetos recibieron 7 semanas de tratamiento igualmente (una sesión individual y otra grupal semanales). Se utilizaron diversas medidas para evaluar sintomatología. En concreto, la Escala de Evitación e Inflexibilidad (Avoidance and Inflexibility Scale; Gifford et al., 2002) para la medición de evitación experiencial, el Test de Fagerström (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991) para la dependencia de nicotina, el Perfil de Estados de Ánimo (Profile of Mood States; McNair, Lorr y Droppleman, 1971) que mide sintomatología ansiosa y depresiva, y la Escala de Síntomas de Abstinencia de Shiffman (Shiffman Tobacco Withdrawal Scale; Shiffman y Jarvik, 1976) para la medición de sintomatología resultante de la abstinencia al tabaco. Asimismo, se midieron los niveles de monóxido de carbono en aire espirado para determinar la exposición reciente al humo del tabaco (Irving, Clark, Crombie y Smith, 1988). Los resultados, en cuanto a abstinencia, mostraron la ausencia de diferencias entre ambas condiciones al post-tratamiento: 35% de sujetos abstinentes en el grupo que recibió ACT por un 33% de sujetos abstinentes entre aquellos que recibieron el tratamiento con la terapia sustitutiva. A los 6 meses de seguimiento, el porcentaje de sujetos

abstinentes era de 23% en la condición ACT por un 11% en la condición de terapia sustitutiva. Hay diferencias estadísticamente significativas al año de seguimiento (35% frente al 15%). Los autores concluyen que los resultados indican que la evitación de los estímulos privados y la correspondiente inflexibilidad psicológica (teniendo en cuenta las medidas del Avoidance and Inflexibility Scale) mediaban los efectos en los resultados.

Hayes et al. (2004) realizó un estudio con 124 policonsumidores en tratamiento con metadona asignados aleatoriamente a tres condiciones: (1) ACT y metadona, (2) el Tratamiento Intensivo de los 12 Pasos (Nowinski, Baker y Carroll, 1995) y metadona, y (3) sólo metadona. En los dos tratamientos activos los participantes recibieron 32 sesiones individuales y 16 sesiones grupales. Se realizaron, como medidas de la abstinencia, análisis de muestras de orina obtenidas dos veces a la semana. Se utilizaron potentes contingencias para incrementar la adherencia a los tratamientos (abonando 45\$ semanales a cada usuario por asistir a las sesiones y realizar los controles toxicológicos, aunque sin condicionarlo a ningún tipo de resultado). Al post-tratamiento no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a abstinencia a todas las sustancias (52% ACT, 50% "12 pasos", 32% metadona). Las diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones se produjeron a los 6 meses de seguimiento: una mayor efectividad de las dos condiciones activas de tratamiento (50% ACT, 38% "12 pasos") con respecto al grupo que sólo recibía metadona (12%). Las comparaciones entre los grupos de ACT y el de "12 pasos" sólo se realizaron con respecto a aquellas variables en las que uno difería de la condición metadona y el otro grupo no. De esta manera, resultó significativa la abstinencia referida por los sujetos en el seguimiento, 42% ACT por 19% en "12 pasos". Los autores señalan diversas limitaciones, como escasos registros de las experiencias de los clientes durante el seguimiento y elevados índices de abandono del estudio por parte de los clientes, aun y cuando se establecieron contingencias específicas para garantizar la permanencia de los sujetos en la investigación (paga), lo que limita la potencia del estudio. Relacionan el elevado índice de abandono con poca motivación para el tratamiento, bajo ajuste psicosocial y patrones crónicos de consumo. Los autores refieren que los resultados no se deben a características inespecíficas de los tratamientos e indican la necesidad

de otros estudios controlados donde se analicen variables de proceso.

El tercer estudio (Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009) consistió en la comparación de ACT con la terapia cognitivo-conductual (en adelante CBT, de Cognitive Behavior Therapy) en fumadores de tabaco, es decir, una comparación de ACT con la terapia psicológica de referencia en esta población. El tratamiento consistió en siete sesiones en grupo semanales de 90 minutos cada una. Participaron 81 fumadores adultos (43 en ACT y 38 en CBT). La abstinencia fue medida por los niveles de monóxido de carbono en aire espirado. También se tomaron medidas en evitación experiencial (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ; Hayes et al., 1999) e información relativa a la dependencia de nicotina mediante el Test de Fagerström (Heatherton et al., 1991). Los resultados mostraron buenos resultados de ACT al post-tratamiento (41,9% del total de sujetos abstinentes en ACT, por un 23,7% de sujetos abstinentes en CBT). En el seguimiento de un año, el 30,2% de sujetos estaban abstinentes en la condición ACT comparado con el 13,2% en la condición CBT (diferencias estadísticamente significativas). Sus autores indican la necesidad de estudios controlados de comparación con CBT para dar un paso más en la construcción de evidencia que muestre la utilidad de ACT para la abstinencia al tabaco, centrándose en los procesos de cambio con vista a discriminar los elementos terapéuticos centrales de las intervenciones.

Smout et al. (2010) comparó la eficacia diferencial entre ACT y CBT en sujetos con abuso o dependencia de anfetaminas. Se asignaron aleatoriamente a 2 grupos 90 sujetos con criterios de abuso o dependencia de dicha sustancia: 47 de ellos iniciaron un tratamiento CBT y los restantes 43 recibieron un protocolo de ACT. Ambos tratamientos consistieron en 12 sesiones semanales individuales de 60 minutos. Tres terapeutas realizaron los tratamientos de las dos condiciones tras un entrenamiento en ambos modelos (4 días de taller experiencial en ACT y 1 día de taller didáctico del modelo CBT). Se midió la abstinencia objetiva a metanfetamina mediante un análisis del cabello en el pre-tratamiento (con toda la muestra inicial), en el post-tratamiento (a los 3 meses del inicio del estudio, con una muestra de 31 sujetos) y en un seguimiento de 3 meses (con 25 sujetos, 15 en CBT y 10 en ACT). En los mismos periodos se midió la severidad de la dependencia de metanfetamina

mediante el Cuestionario de Dependencia de Leeds (Raistrick et al., 1994). Cada participante recibió 20\$ por sesión de evaluación completada. Los resultados mostraron reducciones estadísticamente significativas en ambas condiciones en el uso de metanfetamina (referida por los sujetos) y en la dependencia a esta sustancia, entre el pre-tratamiento y los otros dos momentos temporales (tras finalizada la intervención y el seguimiento), pero sin diferencias significativas entre CBT y ACT. Pese a que ambos grupos mejoraron en abstinencia, sólo la condición CBT lo hizo de forma significativa (un 37% de los análisis de cabello dieron negativo a anfetaminas a los 3 meses de seguimiento). Los autores señalan el alto porcentaje de abandonos en ambas condiciones en el post-tratamiento y en el seguimiento, como causa principal de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la condición ACT. Estos problemas dificultaron las conclusiones derivadas de este estudio preliminar y muestran la importancia en futuras investigaciones de profundizar en los componentes terapéuticos que tienen influencia en la adherencia y asistencia a los tratamientos.

En el último estudio controlado (López, 2013b) se asignaron a dos grupos 20 sujetos policonsumidores que iniciaban tratamiento ambulatorio en un centro público de atención a drogodependientes. En uno de ellos, dos psicólogos aplicaron de forma flexible un protocolo basado en la CBT. En el otro grupo, otros dos psicólogos realizaron intervenciones flexibles basadas en un protocolo de ACT. Las variables principales que sirvieron para valorar dicha eficacia diferencial son el número de altas terapéuticas y abandonos del tratamiento, y la abstinencia y asistencia a controles toxicológicos. Otras variables adicionales utilizadas en el pre-tratamiento y cada 3 meses fueron el nivel de evitación experiencial (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ; Hayes et al., 1999), el nivel de discrepancia con respecto a los valores personales (Wilson y Luciano, 2002) y el grado de credibilidad en razones (Wilson y Luciano, 2002). Los sujetos dados de alta contaron con un seguimiento de 12 meses, periodo en el que continuaron las medidas de las variables adicionales y los controles toxicológicos. Los resultados principales mostraron mejores resultados de la condición ACT con respecto a la asistencia a controles toxicológicos (los sujetos del grupo ACT acudieron a un 91% de los controles toxicológicos pautados, frente a un 47% del grupo CBT), abstinencia en controles toxicológicos (en ACT se mostró abstinencia en un 87% de

los controles realizados, frente a un 60% del grupo CBT), altas terapéuticas (5 sujetos de ACT frente a 1 de la condición CBT) y adherencia a los seguimientos de 12 meses de aquellos sujetos que recibieron el alta (4 de 5 en ACT, frente a 0 de 1 en CBT). Asimismo, los resultados mostraron la utilidad que las estrategias de aceptación tuvieron en la mejora de la calidad de vida del sujeto con un problema de adicción.

Dada la escasez de sujetos de este estudio clínico, la pérdida experimental de sujetos y la ausencia en estudios previos de variables de proceso, se decidió añadir un estudio preliminar descriptivo del proceso terapéutico (López, 2013b). Este estudio consistió en el análisis de las interacciones terapeuta-paciente en sesión, a partir de las transcripciones de 49 sesiones de los 20 sujetos realizadas en los primeros 3 meses (información procedente del estudio clínico previo, ya que todas las sesiones habían sido grabadas en audio). Este trabajo permitió un análisis detallado de las distintas interacciones (dirigidas a la aceptación o dirigidas al control) observadas durante la terapia y de su impacto en el comportamiento de los sujetos. Este análisis exploratorio permitió observar que en los 12 sujetos que abandonaron (independientemente de la condición de tratamiento) fueron más frecuentes las conductas de evitación en las tres sesiones analizadas, incrementándose éstas conforme avanzaba la terapia. Sin embargo, los 6 sujetos que recibieron el alta mostraron un mayor promedio de conductas de aceptación, incrementándolas gradualmente en el transcurso del tratamiento. Asimismo se observa, en los sujetos que recibieron el alta, que los terapeutas realizaron más movimientos consistentes con ACT (también en el sujeto que recibió el alta en CBT) en comparación con los sujetos que cursaron abandono, cuyos terapeutas iniciaron en mayor proporción movimientos dirigidos al control (incluidos los terapeutas ACT).

Por último mencionar, aunque no se puede considerar un ensayo controlado, que Bricker, Mann, Marek, Liu, y Peterson (2010) valoraron la posible utilidad de una aplicación telefónica de ACT para el tratamiento del tabaquismo. En este estudio preliminar, 14 adultos recibieron 5 sesiones telefónicas de ACT. Se valoraron las mejoras mediante medidas de autoinforme a los 20 días y a los 12 meses posteriores al tratamiento. A los 20 días tras el tratamiento, un 29% de los sujetos informó de no

haber fumado en los últimos 7 días. Así mismo, a los 12 meses de seguimiento, el 29% refirió no haber fumado en los últimos 12 meses.

Tabla 1. Resumen de los estudios controlados de ACT en adicciones

Estudio	Población	Porcentaje de sujetos abstinentes	Limitaciones principales
Gifford et al. (2004)	Fumadores de tabaco N= 67	Post: 35% ACT / 33% t.s. (1) Seguimiento 6 meses: 23% ACT / 11% t.s. Seguimiento 12 meses: 35% ACT / 15% t.s.	No comparación con tratamiento psicológico de referencia (CBT).
Hayes et al. (2004)	Policonsumidores en tratamiento con metadona N= 124	Post: 52% ACT+m (2) / 50% 12 p. (3) +m / 32% m. Seguimiento 6 meses: 50% ACT+m/ 38% 12 p.+m / 12% m.	No reproduce contexto clínico natural. No hay seguimientos a 12 meses.
Hernández-López et al. (2009)	Fumadores de tabaco N= 81	Post: 41,9% ACT/ 23,7% CBT. Seguimiento 12 meses: 30,2% ACT/ 13,2% CBT	Un único terapeuta por condición.
Smout et al. (2010)	Consumidores de anfetaminas N= 90	Post: 34% ACT/ 43% CBT. Seguimiento 3 meses: 50% ACT/ 37% CBT.	Los mismos psicólogos aplican el tratamiento de las dos condiciones. Escasa supervisión de la correcta aplicación de cada protocolo. No hay seguimientos ni a los 6 ni a los 12 meses.
López (2013b)	Policonsumidores N= 20	Post: 50% ACT / 10% CBT Seguimiento 6 meses: 50% ACT Seguimiento 12 meses: 40% ACT	Escasa muestra

(1) t.s. – Terapia sustitutiva de nicotina. (2) m- Metadona (3) 12 p. – Tratamiento de 12 pasos

Limitaciones de los estudios realizados

Si bien los estudios han avanzado en la constatación de la utilidad de ACT en los sujetos con un problema adictivo, se podrían considerar algunos aspectos que convendría tener en cuenta en futuras investigaciones. Revisiones críticas de los estudios actuales han enfatizado la necesidad de emplear más de un terapeuta por condición, realizar seguimientos de más de 6 meses, desarrollar los estudios en contextos naturales y sin contingencias artificiales, y comparar con CBT, puesto que es el tratamiento psicológico de referencia (Öst, 2008). Veamos las limitaciones señaladas en los estudios mencionados de ACT en adicciones (ver tabla):

El estudio de Hayes et al. (2004) tiene una limitación en cuanto a su validez externa, al tratar de superar una dificultad central en el tratamiento de esta población (la adherencia al tratamiento) por medio de contingencias artificiales como la retribución económica por asistencia a sesiones y controles toxicológicos. Con esta operación, obviamente, se disminuye la tasa de abandonos (pese a ello, fue muy elevada), sobre todo teniendo en cuenta las características socioeconómicas de la muestra. El problema es que la investigación no reproduce el contexto real en el que se suelen producir las intervenciones. Un problema adicional es que sólo cuenta con un seguimiento 6 meses, que dada la cronicidad de los participantes es insuficiente.

El estudio de Hernández-López et al. (2009), a diferencia del mencionado estudio de Gifford et al. (2004), supone la comparación de ACT con otro tratamiento psicológico (CBT), incorporando un seguimiento notable. En este estudio habría sido importante la participación de más de un terapeuta en cada condición de cara a controlar los posibles efectos debidos a las características de cada terapeuta.

El estudio de Smout et al. (2010) utiliza los mismos terapeutas para sendos tratamientos. También habría que considerar que la formación en ACT y CBT recibida por los terapeutas podría ser insuficiente para un aplicación efectiva de ambos modelos (un taller experiencial y de habilidades clínicas de 4 días para la primera terapia, y de 1 día para CBT). De igual manera, un seguimiento de 3 meses, dadas las características de esta población, se torna claramente insuficiente. En cualquier caso, los estudios clínicos controlados de tratamientos psicológicos aplicados específicamente al uso

problemático de anfetaminas son muy escasos, de modo que este estudio abre la puerta para futuras investigaciones con esta población que traten de superar las limitaciones metodológicas señaladas.

El estudio de López (2013b) cuenta con una muestra muy escasa que impide la generalización de los resultados. Sin embargo, el autor realizó un estudio descriptivo posterior consistente en un análisis cualitativo del proceso de tratamiento con cada uno de los sujetos, un tipo de estudio apenas incipiente en la literatura y que permitió observar regularidades en las interacciones terapeuta-paciente asociadas al éxito o fracaso de la intervención.

El último estudio expuesto (Bricker et al., 2010) cuenta con importantes limitaciones al perder la potencia de los estudios controlados (comparación con grupo control, medidas de abstinencia objetivas y no mero autoinforme,...) y el análisis preciso y completo del cliente y de los procesos de cambio propios de los estudios de caso único. Aún así, se trata de un estudio preliminar y exploratorio que hace pensar en la posible utilidad de esta modalidad de tratamiento, introduciendo una aplicación novedosa que puede dar lugar a sucesivos estudios.

En todos los estudios expuestos, sus autores perciben la necesidad de realizar nuevos estudios controlados que superen las limitaciones señaladas a fin de poder delimitar con mayor peso la utilidad de este modelo en el abordaje del problema adictivo. Es de destacar que la efectividad mostrada es limitada. Los porcentajes de altas terapéuticas mostrados en las investigaciones realizadas siguen siendo bajos. A nivel epidemiológico, los trastornos adictivos están situados entre los problemas psicológicos con menor respuesta efectiva y mayor tasa de abandonos (NIDA, 2001). De cara a futuras investigaciones, sería importante profundizar en el tipo de intervenciones y en los procesos psicológicos que están en la base de las intervenciones que mayor potencia terapéutica tienen. En CBT, y en ACT también, la investigación se ha centrado en paquetes de tratamiento. Llegados a este punto de desarrollo del modelo, por un lado interesa investigar cuestiones más específicas, como qué estrategias concretas son eficaces para cada cliente. Los análisis de caso único son útiles para analizar empíricamente los procesos psicológicos de cambio que están en la raíz de las intervenciones más efectivas para

abordar cada análisis funcional, de modo que puedan ser potenciados para incrementar la eficiencia de los tratamientos. Por tanto, existe una necesidad de ajustar tratamientos y centrarse en procesos para optimizar las intervenciones.

Por otro lado, la comunidad científica exige la evaluación de la eficacia de procedimientos aplicados a trastornos concretos, tal y como son etiquetados en la nosología psiquiátrica al uso. Si no se procede de esta forma, la probabilidad de inclusión de un tratamiento en los servicios públicos es muy limitada. Siendo así las cosas, hay que tener en cuenta la alta incidencia de la politoxicomanía (Observatorio Español sobre Drogas, 2011), requiriendo la proliferación de estudios que investiguen intervenciones específicas para este perfil. En este sentido, tan sólo existen dos estudios controlados que evalúen la utilidad de ACT en policonsumidores (los mencionados de Hayes et al., 2004; y López, 2013b) y, en el primero de ellos la comparación no se realizó con el tratamiento psicológico de referencia (CBT). Se hace necesaria más estudios de comparación de ACT con el tratamiento usual (CBT) en policonsumidores de cara a incrementar su consideración empírica (Öst, 2008).

Discusión y conclusiones

Cómo habrá podido apreciarse en esta breve exposición, existen datos empíricos (cinco estudios controlados y siete estudios de caso único) que sustentan que ACT puede realizar aportaciones con respecto al tratamiento psicológico en adicciones. Los estudios realizados hasta la fecha en el campo de los trastornos adictivos han mostrado una efectividad equivalente a los tratamientos con los que han sido comparados (tratamientos farmacológicos, Terapia de los 12 pasos, CBT) y una mayor efectividad en seguimientos a largo plazo, que es precisamente una de las mayores limitaciones que están presentando los tratamientos actuales en el campo de las drogodependencias. Este hecho puede ser significativo, puesto que ACT produce cambios en direcciones diferentes a las terapias habituales. Donde los tratamientos al uso buscan la reducción sintomatológica y del deseo de consumo como vía para lograr la abstinencia (tratamiento con sustitutivos opiáceos, terapia sustitutiva de nicotina, CBT), desde ACT el objetivo es que el sujeto se relacione de forma distinta con esos eventos privados, como vía para mejorar su calidad de vida. En los trabajos señalados

se muestra que en la base de la conducta adictiva la evitación experiencial juega un papel relevante (Wilson y Byrd, 2004; Luciano et al., 2010). ACT está específicamente diseñada para generar la ruptura del patrón de evitación, mediante la construcción de un patrón de aceptación del malestar al servicio de lo importante a nivel personal.

Por tanto, ACT está comprometida con la evaluación clínica de su utilidad para abordar los trastornos adictivos. Estos esfuerzos han cristalizado en la inclusión de ACT como tratamiento empíricamente validado por parte de una agencia norteamericana (The United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2011), como parte de su Registro Nacional de Prácticas y Programas basados en la Evidencia (National Registry of Evidence-based Programs and Practices [NREPP]). Pese a este indudable reconocimiento, la evidencia presentada no debería considerarse suficiente sino que se hace necesario continuar desarrollando la investigación en ACT, no sólo para lograr un mayor cuerpo empírico, sino para detectar aspectos claves del tratamiento y mejorar las intervenciones. A este respecto, se realizan una serie de propuestas para futuros estudios:

1. Comparar ACT y CBT con muestras más amplias, multicentro, que faciliten la generalización de los resultados.
2. Diseñar intervenciones iniciales que favorezcan la adherencia al tratamiento de la población "itinerante", "menos motivada" o más cronificada.
3. Utilización de medidas específicas, formalizadas recientemente como el AAQ-SA (AAQ for Substance Abuse; Luoma, Drake, Hayes y Kohlenberg, 2011).
4. Diseñar estudios que incluyan métodos fiables de recogida de información. Por ejemplo, la grabación de todas las sesiones en video. Esto permitiría registrar de forma más completa las interacciones clínicas.
5. Diseñar estudios de comparación en trabajo grupal.
6. Profundizar en el proceso terapéutico implicado en el éxito o fracaso de la intervención. Es decir, ahondar en los tipos de interacciones responsables del cambio, con el fin de analizar no sólo los componentes activos sino de comenzar a evaluar los tipos de transformaciones involucradas en el proceso interactivo de la terapia. De esta manera, cobran

importancia los estudios cualitativos que analizan las interacciones clínicas más útiles para lograr los resultados deseados. Este tipo de análisis apenas está contemplado en la literatura, iniciándose una aproximación en el estudio de López (2013b). Se hacen necesarios más estudios cualitativos que arrojen luz sobre el proceso terapéutico.

REFERENCIAS

- Batten, S.V. y Hayes, S.C. (2005). Acceptance and Commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study. *Clinical case studies*, 4(3), 246-262.
- Boulanger, J.L., Hayes, S.C. y Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. En A. Kring, y D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-134). New York: Guilford.
- Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J. M. y Peterson, A. V. (2010). Telephone- delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 454-458.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. K., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. P. y Palm, K. (2002, November). *Combining Bupropion SR with acceptance based behavioral therapy for smoking cessation*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. y Palm, K. M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S.C., Hayes, L.J. y Reese, H.W. (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 91-111.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., ... Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Heatherston, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. y Fagerstrom, K.O. (1991). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction, 86*, 1119-1127.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernández, D.H. y Sperry, J.A. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 378-388.
- Hernández-López, M., Luciano, M.C., Bricker, J.B., Roales-Nieto, J.G. y Montesinos, F. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*, 723-730.
- Irving, J. M., Clark, E. C., Crombie, I. K. y Smith, W. C. (1988). Evaluation of a portable measure of expired-air carbon monoxide. *Preventive Medicine, 17*, 109-115.
- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Health and Addictions, 10* (2), 37-46.
- López, M. (2013a). Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso. *Anuario de psicología, 43* (1), 117-127.
- López, M. (2013b). *Estudio controlado de comparación entre la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso en drogodependientes*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Almería.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello F. (2001). Alcoholismo, Evitación Experiencial, y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 333-372.
- Luciano, M.C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 109-157.
- Luciano, C., Páez, M. y Valdivia, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 141-165.
- Luciano, C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 377-394.
- Luoma, J. B., Drake, C., Hayes, S. C. y Kohlenberg, B. (2011). Substance Abuse and Psychological Flexibility: The Development of a New Measure. *Addiction Research and Theory, 19*(1), 3-13.
- McNair, D. M., Lorr, M. y Droppleman, L. F. (1971/1981). *Profile of Mood States manual*. San Diego: Educational & Industrial Testing Service.
- NIDA (2001). *Principios de Tratamiento para la Drogadicción: una guía basada en investigaciones*. Washington: National Institute on Drug Abuse.
- Nowinski, J., Baker, S. y Carroll, K. (1995). *Twelve Step Facilitation Therapy Manual*. Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Observatorio Español sobre Drogas (2011). Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Öst, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 296-321.
- Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J. y Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction, 89*, 563-572.
- SAMHSA (2011). National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Disponible en internet en: <http://174.140.153.167/ViewIntervention.aspx?id=191>
- Shiffman, S. y Jarvik, M. (1976). Smoking withdrawal symptoms in two weeks of abstinence. *Psychopharmacology, 50*, 35-39.
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. y White, J.M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance abuse, 31*, 98-107.

UNA VISIÓN DEL ALCOHOLISMO DEL PADRE DESDE LA MIRADA DE LOS HIJOS

THE PERCEPTION OF A FATHER'S ALCOHOLISM THROUGH THE EYES OF HIS CHILDREN

Ana Sofía Ramírez, Alejandra Romina Naal, Edith Karina Salinas y Carlos Antonio Pérez

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México

Abstract

For the present study an analysis of alcoholism was carried out from a qualitative approach assuming that this methodology provides a deeper look into the family experience with an alcoholic member. The children's perspective of living with an alcoholic father was taken as a central point of the study, given that the literature has pointed out that they are the most affected. According to the purpose of the research, the life stories of four young college students with an alcoholic father were used as an instrument for the analysis, obtaining a main category that serves to simplify the experience: "Children's development within the family and changes in their vision of it". According to the interpretations, it was confirmed that an addiction causes more physical, psychological and emotional damage to the family than to the addict. It was also concluded that this problem causes instability in the family environment perceived as hostile which leads the children to change the meaning they give to family which changes their position within it. At first, the children assume responsibilities that don't belong to them and then they end up disassociating from the family due to the weakening of the parent-child relationship.

Keywords: Alcoholism, father, children, vision, experience.

Resumen

En la presente investigación se realizó un análisis del alcoholismo desde el enfoque cualitativo, partiendo del supuesto de que esta metodología brinda un mejor acercamiento a la vivencia de las familias con un miembro alcohólico. Se tomó como eje central la perspectiva que tienen los hijos de un padre alcohólico sobre la experiencia misma, dado que las investigaciones señalan que dentro de la familia resultan ser los más afectados. Se utilizó como herramienta de análisis las historias de vida de 4 jóvenes estudiantes universitarios hijos de un padre alcohólico, obteniendo una categoría que permitió desentrañar la complejidad de la vivencia: "Cambio en la perspectiva del hijo y su participación en la familia". De acuerdo con las interpretaciones realizadas se reafirma que una adicción causa más daño físico, psicológico y emocional a la familia que al propio enfermo; a su vez se concluyó que dicha problemática provoca inestabilidad en el ambiente familiar y se percibe como hostil, lo cual lleva al hijo a resignificar el concepto de familia que tiene, de modo que cambia su postura dentro de la misma, en un inicio tomando funciones que no le corresponden para terminar desvinculándose debido al desgaste de las relaciones paterno-filiales.

Palabras clave: Alcoholismo, Padre, Hijos, Perspectiva, Vivencia.

Correspondencia: Ana Sofía Ramírez Dávila
Email: anasofiapsych@gmail.com
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

El alcoholismo es un problema que tiene relevancia a nivel mundial; en lo social no solamente afecta al adicto sino también a las personas que lo rodean, siendo las más próximas su familia. A lo largo de la historia dicha problemática se ha analizado desde una perspectiva que pareciera ser puramente cuantitativa. Además normalmente se le da prioridad al enfermo y no se le da la adecuada relevancia a la familia y menos aún a los hijos, siendo estos los más vulnerables. Se describe superficialmente los posibles efectos que tiene el problema de alcoholismo en el desarrollo de los hijos sin llegar a la vivencia, a los significados y la construcción de vida particular a la que llegan. Es por ello que el objetivo de esta investigación es analizar el problema de alcoholismo del padre desde la experiencia de los hijos.

El consumo del alcohol ha sido reconocido como un factor de integración social reflejándose en que es el principal problema de adicción en México. La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia y del individuo (SSA, 2012; OMS, 2011).

De acuerdo a un reciente estudio publicado por Plos Medicine (citado en "Vivir México"; revista en línea, 2008), México ocupa el "honroso tercer lugar" en el consumo de alcohol en el continente Americano con un porcentaje del 85.9% de la población.

Uno de los grandes problemas con el alcohol es que está en todos lados; es la droga estándar. Tal como indica la doctora Medina, directora de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, (Guillén, 2012) existe poca conciencia para el consumo de bebidas alcohólicas. Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 (SSA, 2009) el alcoholismo se define como: "...patrón de consumo desadaptativo que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por la presencia de tres o más síntomas (tolerancia; abstinencia; uso en mayor cantidad o tiempo de lo deseado; deseo persistente por consumir; empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos; reducción de actividades sociales, laborales o recreativas por causa del alcohol, y uso continuado a pesar de tener conciencia del daño que se asocia con el consumo)" (SSA 2009, pp. 61).

Siguiendo con estadísticas sobre el alcoholismo en nuestro país, la periodista Patricia Guillén (2012) recopiló las siguientes: Más del 13% de la población entre los 18 y

65 años de edad presenta síndrome de dependencia al alcohol. El alcoholismo es el principal causante de accidentes dentro de un 60 o 70% de los traumatismos y representa el 11.3% de la carga total de enfermedades; 60% de los suicidios también están vinculados y además el 38% de los homicidios en el país son cometidos por estar bajo los efectos del alcohol, así como el 38% de casos de lesiones, particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años de edad; los accidentes ocupan la primera causa de mortalidad (*Centros de Integración Juvenil*; citado en Canavati, 1997). Destaca el hecho de que el 80% de los divorcios se vinculan con esta enfermedad.

Las propuestas de prevención y planeación de políticas públicas relacionadas con el alcoholismo funcionan como una forma más de reduccionismo. La incidencia de lo social no suele plantearse debido a que termina subordinándose a lo biológico. El alcoholismo se asume como una característica constitutiva del individuo; las relaciones del alcohólico con otros sujetos y su experiencia durante el desarrollo de la problemática son minimizados y son considerados factores ambientales.

El consumo de alcohol está asociado a la vida pública y al trabajo remunerado, con ello al mundo masculino. Sandoval (2004; citado en Núñez, Rodríguez & León, 2007) dice que normalmente el paciente alcohólico lo constituye la figura paterna, visto como la figura más fuerte desde el punto de vista físico, por lo que podemos inferir una intimidación y violencia generada por éste, así como la repercusión en el aspecto económico y en las relaciones que se establecen entre sus miembros.

Refiriéndonos al ámbito familiar, Post y Robinson (1998; citado en Maldonado, 2008) encontraron que las familias alcohólicas son menos cohesivas, así como desorganizadas y desorientadas.

Además se ha demostrado que de la amplia gama de factores que contribuyen a la aparición de actos violentos se encuentra estrechamente interrelacionado con hogares donde una de las figuras parentales presenta una ingestión abusiva de alcohol. Como en el estudio de Herrada, Nazar, Cassaball, Vega y Nava, (1992) acerca de maltrato infantil con niños, en el que se relacionó el alcoholismo del padre o de la madre con el maltrato.

En el trabajo de Núñez, Rodríguez y León (2007) realizaron un estudio para determinar la presencia de maltrato infantil en hijos de padres alcohólicos. Como

resultado se evidencio la presencia del maltrato infantil por parte del progenitor alcohólico cuando éste ingiere bebidas en exceso. El tipo de relación que adopta el progenitor alcohólico con respecto del niño así como con cualquier miembro de la familia está dominada por el maltrato.

El buen trato o maltrato es un factor que afecta la formación psicológica del individuo (Abuná y Pimienta, 2005). El maltrato psicológico es el mayormente efectuado por el padre alcohólico.

Retomando el tema del alcoholismo, Mena y Casado (1997; citado en Casas & Navarro, 2001) investigaron con familias de alcohólicos hasta qué punto la bebida es origen de tensiones para las familias, defendiendo que las consecuencias psicológicas del alcoholismo son con frecuencia, mucho mayores para los familiares del alcohólico, que para el propio enfermo. El Dr. Guisa, Director general de centros de integración juvenil, A.C. (2008) afirma que tener un padre alcohólico tiene repercusiones a nivel psicológico y físico en los hijos.

Cruz, Cadalso y Fernández (2002) estudiaron la influencia del medio familiar para el desarrollo de trastornos de conducta en niños y encontraron que el alcoholismo en los padres es un factor que propicia la agresividad: la mayoría de los niños se sienten rechazados por el medio familiar.

Los psiquiatras de niños y adolescentes saben que los hijos de alcohólicos corren mayor riesgo de tener problemas emocionales y sociales ("Entorno Médico" 2009; Maldonado, 2008).

Varios autores han estudiado el impacto que genera tener un padre alcohólico. (Hall, et al 1994; Lyon & Greenberg, 1991; Johnson, 2001; Vences, 1984; citados en Maldonado, 2008). En el estudio de Maldonado, (2008) se resume dicho impacto en las siguientes categorías:

- *Culpabilidad*: El niño puede creer que es la causa de que su padre o su madre abuse de la bebida.
- *Maltrato*: El padre alcohólico normalmente recurre a la violencia física, verbal y también al abandono del niño y de la familia.
- *Ansiedad*: El niño puede estar constantemente preocupado sobre la situación en su hogar. Puede temer que el padre alcohólico se enferme o se hiera, y puede también temer las peleas y la violencia entre sus padres.

- *Vergüenza*: Los padres pueden transmitirle al niño el mensaje de que hay un terrible secreto en el hogar. El niño que está avergonzado no invita sus amigos a la casa y teme pedir ayuda a otros.
- *Incapacidad de hacer amigos*: Como el niño ha sido decepcionado tantas veces por el padre que bebe, no se atreve a confiar en otros.
- *Confusión*: El padre alcohólico cambia de momento, va de ser amable a ser violento sin ninguna relación con el comportamiento del niño. Una rutina regular diaria, tan importante para el niño, no existe en su casa porque las horas de las comidas y de acostarse cambian constantemente.
- *Ira*: El niño siente ira y rabia contra el padre alcohólico porque bebe tanto y suele estar enojado; también con el padre que no es alcohólico porque no le da apoyo o no lo protege.
- *Depresión*: El niño se siente solo e incapaz de poder hacer algo para cambiar la situación.

En las relaciones paterno-filiales podemos identificar una serie de deficiencias que afectan el desarrollo de los hijos (Lloret, 2001): El padre alcohólico es irritable, hostil y violento. En la familia; existe la presencia de trastornos afectivos como depresión; Hay una arbitraria e Incoherente normativa familiar; Se da un empobrecimiento de las relaciones sociales; Repercusiones negativas en el ambiente laboral y como consecuencia problemas económicos en la familia; Se presenta la ausencia de uno o ambos progenitores; Hay una escasa o nula implicación en la educación de los hijos por parte del progenitor alcohólico; El progenitor no consumidor establece vínculos sobreprotectores con la familia y por parte de los hijos existe una percepción de la figura paterna/materna como algo vergonzante o ambivalente, debido a los continuos vaivenes del alcohólico.

Junto con las características anteriormente mencionadas dentro de la dinámica familiar, la familia alcohólica se tipifica como una familia disfuncional.

Acerca de ello Madrid (2011) dice: "... los hijos de alcohólicos/adictos desarrollan, por un lado, problemas semejantes a los de otros niños que viven en hogares disfuncionales, pero también sufren problemas específicos relacionados con la experiencia alcohólica (Madrid., 2011, pp.3)."

La problemática familiar supera la capacidad de afrontamiento de estrés de todos los miembros de la misma. Por lo que se valen de estrategias para afrontar el problema de alcoholismo (Infante, 1999). Al ver las deficiencias en la crianza de los padres, los hijos cambian su participación dentro de la familia. En el caso específico de la figura paterna, Saucedo (1991) nos dice que cuando ésta no existe es común que uno de los hijos adopte sus funciones.

Black (1982; citado en Madrid, 2011) opina que los hijos de alcohólicos a menudo adoptan roles o patrones de personalidad característicos en un intento de adaptarse a su ambiente familiar, y llegan a identificarse tanto con ese rol que les puede provocar problemas en la adaptación a la vida adulta fuera del hogar.

De acuerdo con la complejidad que representa el problema de alcoholismo en sus diferentes niveles: biológico, psicológico y social. Éste trabajo parte de la subjetividad de los casos de hijos de un padre alcohólico en el cual podemos apreciar, desde su relato, la vivencia como tal.

MÉTODO

Se solicitó la participación en el proyecto de cuatro jóvenes estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala hijos de un padre alcohólico a través del método bola de nieve. De modo que accedieron tres mujeres y un varón. Se les explicó el interés particular que se tenía de la investigación y que se haría uso de la metodología cualitativa utilizando la técnica de "historias de vida" (Taylor & Bogdan, 1984; citado en Chárriez, 2012).

Se seleccionó esta técnica como adecuada para acceder a la construcción social y significados personales de tener un padre alcohólico.

Durante la negociación se les pidió que platicaran en términos generales acerca de su experiencia y se les preguntó si estaban dispuestos a elaborar un relato de vida centrado en la temática del alcoholismo, de sus experiencias en torno a ello. Posteriormente se programó una cita para revisar en conjunto con los investigadores sus escritos y finalmente se acordó una fecha en la que se les daría la retroalimentación de lo que se obtuvo.

Se realizó un análisis de contenido de las historias de vida del cual se obtuvo una categoría que permitió ahondar en la vivencia de los participantes que se denominó "*Cambio en la perspectiva del hijo y su participación en la familia*". A partir de ello se realizó una triangulación de los datos.

A continuación se dará una breve descripción de las características de los participantes y sus familias:

Alondra: Una joven de 20 años, hija única de padres divorciados.

Karla: Una joven de 21 años, que vive con sus padres, hermano y abuelos, siendo ella la hija mayor.

Priscila: Joven de 22 años perteneciente a una familia nuclear donde ella es la primogénita.

Jorge: Un joven de 21 años que es el segundo de tres hermanos que viven con sus padres.

RESULTADOS

Cambio en la perspectiva del hijo y su participación en la familia

De acuerdo a la perspectiva histórico-cultural el desarrollo se encuentra en función de los contextos en los que se desenvuelve el individuo, podría decirse que el de mayor importancia o al que siempre va a pertenecer es a una familia. Como afirman Casas y Navarro, (2001) es el entorno inicial o privilegiado, donde se genera el autoconcepto, es decir, la construcción de lo que el individuo percibe y valora de sí mismo conformado en el marco de diversas experiencias socio-culturales a lo largo de su vida.

Cuando aparece el alcoholismo, una de las decisiones que la familia debe tomar es la de enfrentarse a ese desafío o vivir con él (Madrid, 2011).

Al hablar de una identidad familiar derivada del alcoholismo, se desprenden problemáticas específicas que a la luz de cada integrante familiar serán significadas de distinta manera, desde el punto de vista de los hijos comenzaremos a presentar cómo viven cada una de éstas situaciones que van dando forma a su familia y a su ser individual.

Como primer punto podemos hablar acerca del ambiente familiar en el que está presente el alcoholismo. Retomando a Cruz, Cadalso y Fernández (2002) así como a Herrada, et al. (1992) se afirma que existe una relación directa entre alcoholismo y violencia. El ciclo de violencia inicia con el padre alcohólico quien agrede física y/o psicológicamente a los miembros de familia (Núñez, Rodríguez & León, 2007).

El buen trato o maltrato es un factor que afecta la formación psicológica del individuo (Abuná & Pimienta, 2005). Dentro de la familia los más afectados son los hijos.

Cuarón (1988; citado en Maldonado, 2008) nos dice que en una familia con un padre alcohólico los conflictos entre los padres son constantes, la conducta del padre alcohólico es caprichosa ya que tiende a alternar su rol pasivo y dependiente con períodos de dictador, lo que causa un fuerte sentimiento de inseguridad en el hijo. La conducta en el alcohólico se agrava conforme la adicción se vuelve más fuerte, por lo que todos estos factores podemos ubicarlos en una instancia cronológica, donde a mayor tiempo en el que permanezca la enfermedad de alcoholismo en la familia, mayores son las consecuencias dañinas para todos.

En el momento en el que la problemática de alcoholismo se hace evidente en la familia los hijos comienzan a percibir los conflictos entre los padres.

Karla nos dice al respecto:

"...yo me daba más cuenta de los problemas que había entre mis papás y del problema de alcoholismo de mi padre".

Priscila también habla de un deterioro en la relación de sus padres en el momento en el que se vuelve evidente el alcoholismo:

"En cuanto a mis papás la relación de ser una buena relación también empezó a deteriorarse con el tiempo. Mi papá desde siempre había bebido... yo me di cuenta que tenía un problema de alcoholismo, pues cuando bebía realmente se transformaba".

Jorge se percata de la relación entre el alcoholismo y las peleas de sus padres, reflexionando el hecho de que sus padres ya tenían problemas desde antes pero se da cuenta hasta que surge el primer episodio de violencia que Jorge presencia:

"...comprendí que en realidad no era de un momento a otro que habían surgido los problemas, sino que ya no se preocupaban por que los viéramos pelear... comencé a darme cuenta que esto ocurría cada que mi papá consumía alcohol".

Alondra se da cuenta de que cuando su papá llega del bar en el cual había bebido, las peleas entre sus padres se vuelven una constante.

"...recuerdo que mi papá llegaba en la madrugada porque venía de tocar en los bares. Llegaba muy ebrio y la mayoría de las veces le gritaba a mi mamá y la despertaba para ponerse a pelear... Ahí fue cuando me di cuenta que cuando mi papá venía tomado, se peleaba muy feo con mi mamá".

En estos episodios se puede observar lo anteriormente mencionado, conforme va pasando el tiempo y la problemática del alcoholismo se va agravando, los conflictos que los hijos presencian hacen que se den cuenta de que su familia no es la misma, dado que el tipo de relación que adopta el progenitor alcohólico con la familia está dominada por el maltrato.

Profundizando en la temática del maltrato y de cómo influye en la perspectiva de los hijos, se presentan los siguientes episodios.

Jorge relata que su padre golpeó a su madre y a partir de ello reflexiona:

"La primera vez que vi a mi papá pegándole a mi mamá fue un día después de estar con sus amigos festejando... A partir de este momento las peleas fueron más constantes cada domingo comenzaba a ser un día de angustia y de temor a mi padre".

En éste caso observamos que de ser un maltrato físico hacia la madre, se torna en maltrato psicológico hacia Jorge pues el observar la situación le genera sentimientos de temor e impotencia, de no poder hacer algo al respecto. Posteriormente Jorge menciona que los conflictos de ser exclusivos de sus padres pasan a involucrar a toda la familia, lo que provoca una serie de cambios en su pensar.

Priscila también menciona que en su casa las peleas eran constantes ya fuera entre sus padres o entre ella y su padre, lo que se refleja en maltrato psicológico hacia ella:

"...seguía en constante pelea con él y cada vez sentía más desprecio por él. Mis papás se peleaban casi diario, mi papá le adjudicaba todos sus males a mi madre... es una persona con la que es muy difícil convivir, pues casi siempre está molesto, es muy grosero e hiriente, yo no siento que respete a mi mamá como su esposa... llega el punto en el que no aguanto más".

En las líneas anteriores se nota el estado de sufrimiento y frustración por parte de Priscila al empezar a sentir desprecio hacia su padre e inconformidad de la relación que llevan sus padres y al finalizar concluye señalando que no puede soportar más la situación.

Karla habla de las discusiones de sus padres en las que ella dice que salía a la defensa de su madre y, esta, terminaba por enojarse con ella:

"Cuando mi papá llegaba borracho yo le reclamaba y terminábamos gritándonos entre mi mamá, mi papá y yo... al final mi mamá se terminaba enojando conmigo..."

Como se puede observar en su relato ella coincide en una participación dentro de los conflictos, mencionando que pelea con su padre cuando él llega alcoholizado y termina por volverse un conflicto entre su padre, madre y ella. En este caso el maltrato se encuentra implícito con los constantes conflictos dentro del hogar.

Al igual que los demás Alondra percibe la violencia en su familia, las constantes riñas comienzan a perturbarla, sin embargo no se involucra en ellas.

"Mis papás se peleaban casi diario... Yo no podía hacer nada, pero era algo que me ponía muy triste".

El hecho de que ella mencione que se siente triste denota el efecto del maltrato psicológico provocado por el ambiente familiar.

Con respecto a este apartado de maltrato se confirma que tener un padre alcohólico tiene repercusiones a nivel psicológico y físico en los hijos ("Entorno Médico" 2009; Guisa, 2008; Hall, et al 1994; Lyon & Greenberg, 1991; Johnson, 2001; Vences, 1984; citados en Maldonado, 2008).

Aunado a esta conflictiva dinámica familiar, el hecho de que normalmente el paciente alcohólico lo constituye la figura paterna repercute en el aspecto económico y en las relaciones que se establecen entre sus miembros

(Sandoval, 2004; citado en Núñez, Rodríguez & León, 2007).

Para ejemplificar las deficiencias económicas presentaremos fragmentos de las historias de los participantes.

Jorge relata que los problemas económicos ya existían pero sus padres los ocultaban para no preocuparlos, esto tuvo un gran efecto sobre la familia ya que llegaron a sufrir de desnutrición resaltando el hecho de que se veía más por el alcohol que por las necesidades básicas.

"...mi familia tenía problemas económicos que hacía años mis papás habían ocultado... En general la familia presentó problemas de desnutrición. Recuerdo que llegábamos a pasar días sin comer bien y lo más doloroso era que la botella nunca faltaba".

A partir del fragmento anterior se comprende que el padre, al ser el proveedor, es el que decide a qué se destina el uso del dinero. En este caso sobresale que la adicción del padre rebasa el interés por su familia.

Priscila también hace alusión al deslinde de responsabilidades de su padre como proveedor:

"Cuando perdió su trabajo comenzó a beber en grandes cantidades... la situación económica seguía mal pero yo no quería tomar ninguna responsabilidad... ni si quiera intentaba proveer a su familia, cumplir su deber con nosotros".

Al igual que en el caso de Jorge, puede notarse que la adicción del padre le impide cumplir con sus responsabilidades dentro de la familia. Además de ello en éste episodio, Priscila como hija opina al respecto y se muestra inconforme y resentida con su padre.

Alondra comparte con Jorge y Priscila las carencias económicas derivadas del alcoholismo. Ella menciona que su padre estuvo a punto de morir en un accidente provocado por el abuso de alcohol.

"A raíz de que mi papá tuvo un accidente automovilístico, hubo cambios en el ámbito económico, ya que dicho accidente sucedió mientras mi papá manejaba en estado de ebriedad, la empresa no le pagó y como pasó meses en el hospital, no se hacía cargo de los gastos de la casa..."

Como podemos observar en los casos de Jorge y Priscila la irresponsabilidad del padre afecta directamente a la familia. Por su parte, el padre de Alondra comete un acto irresponsable hacia su persona al manejar en estado de ebriedad. Como se dijo, normalmente es el padre quien sustenta la casa por lo que al quedar hospitalizado los problemas económicos se hicieron presentes.

En el caso particular de Karla, su padre sólo le daba dinero a ella, por lo que su mamá se veía en la necesidad de enviarla a pedirle dinero para los gastos del hogar. Esto se puede observar en el siguiente episodio:

“Mi mamá se dio cuenta que mi papá me daba dinero cuando le pedía así que cuando a ella no le quería dar a mí me mandaba a pedirle y muchas veces, él se enojaba pero terminaba dándome el dinero”.

A diferencia de los casos anteriores no había falta de recursos económicos, sin embargo, la única que recibía dinero era Karla ya que su padre no asumía su responsabilidad como esposo y como jefe de familia.

Referente a las relaciones de pareja, éstas se ven afectadas por el alcoholismo del padre pues se encontró que también está relacionado con la infidelidad por parte del adicto. Esta situación la podemos encontrar en el caso de Alondra, Jorge y Karla.

Karla y Jorge pasan por una situación en la que el padre le es infiel a la madre, ella se entera de esta cuestión y se suma a la serie de conflictos que antes tenían como pareja pero finalmente permanecen juntos.

En representación de ambos casos presentamos el relato de Karla:

“...ya no sólo era el problema de alcoholismo de mi papá sino que también mi mamá se dio cuenta que mi papá tenía una amante... los problemas entre ellos se volvieron muy cotidianos y agresivos... estas peleas sólo me hacían sentir impotente y confundida”.

Karla nos cuenta como los conflictos entre sus padres fueron aumentando, según ella, debido al alcoholismo y posteriormente a la infidelidad de su padre que fue lo que desembocó aún más la violencia entre ellos. Jorge se da cuenta de que su padre es infiel, lo que lo lleva al mismo estado de confusión e impotencia que expresa Karla.

Al analizar ambos casos, se puede apreciar que a pesar de lo estresante y hostil que llega a ser el ambiente familiar además de la infidelidad del padre, el que la madre permanezca junto a él, pareciera inconcebible para los hijos provocando confusión y resentimiento hacia el padre por parte de ellos.

El padre de Alondra también le fue infiel a su madre, sin embargo, su situación tuvo un desenlace diferente ya que fue uno de los motivos del divorcio de sus padres. Ella da cuenta de esto en el siguiente episodio:

“Yo no sabía que mi papá había sido infiel hasta que mi mamá me lo dijo un par de años después del accidente. Me dijo que cuando éste ocurrió, él iba con una señora que trabajaba en el bar donde el tocaba en las noches y que ella era su amante, también me comentó que esa había sido una de las razones para que mi mamá le pidiera el divorcio. Al enterarme, me sentí decepcionada de él...”

En este caso, es más clara la relación que puede haber entre alcoholismo e infidelidad, ya que el lugar donde el padre bebía era el mismo en donde se desarrolla la relación extramarital. Como en los casos anteriores, éste evento afecta al hijo.

En contraste con los demás participantes, Priscila no reporta haber presenciado o haberse enterado de alguna infidelidad por parte de su padre.

Otra de las causas por las cuales la perspectiva de los hijos se ve afectada, puede ser la separación de los padres. Al llegar a un momento crítico en el que el constante estrés y violencia en el hogar sobrepasan la estabilidad emocional de la madre, ella decide alejarse de la situación separándose del padre. Para cada participante ha sido diferente. Con el propósito de no extender el análisis, se seleccionó el episodio de Jorge que unifica los pensamientos y sentimientos de los hijos acerca de ello. Posterior a esto, se describirá brevemente cada caso:

“...mis papás comenzaron a discutir. Ella se ausento unos días, los cuales mis hermanos y yo la pasamos angustiados...mi mamá regreso y le pidió a mi papá que cambiara su comportamiento. Ellos se reconciliaron y un tiempo las cosas estuvieron muy bien”.

Jorge comenta como el ver que sus padres se separan lo hace sentir triste y angustiado. No obstante, lo confunde ver que su madre regresa y el estilo de vida

familiar continúa. Al igual que los padres de Jorge, los de Karla también se han separado de manera temporal. En su caso se ha vuelto cíclica esta situación. Por otra parte, en el caso de Priscila sus padres no han llegado a separarse aunque constantemente amenazan con hacerlo. Finalmente, como ya se mencionó, la separación de los padres de Alondra fue definitiva, terminando con los conflictos de pareja.

Debido a todos los eventos suscitados dentro de la familia alcohólica, se cambia el concepto que los hijos tienen de sus padres. Núñez, Rodríguez y León (2007) argumentan que en el núcleo familiar, los tipos de relación que los familiares tienen con el progenitor alcohólico en su mayoría pasan a ser de rechazo y evitación. Los hijos específicamente llegan a ponerse nerviosos ante la presencia del alcohólico y más adelante este sentimiento de temor pasa a ser de rechazo al percibir al padre como una persona desagradable.

En el caso de Jorge, la imagen que tenía de su padre le causaba un enorme temor, al grado de angustiarse cada fin de semana al saber que esos días su padre estaba alcoholizado. Posteriormente la perspectiva hacia su padre se torna en una visión de alguien inconstante, intolerante y agresivo, de manera que el rechazo hacia el padre se vuelve hacia a la situación familiar.

Alondra, Karla y Priscila ubican a su padre como alguien intolerante y agresivo con el que constantemente tienen discusiones.

La perspectiva actual de los hijos hacia el padre, como un alcohólico, se resume en las siguientes líneas de la historia de vida de Alondra:

“A mi papá nunca le he contado todo precisamente por esa forma que tiene de ser que me lastima tanto y únicamente lo que es realmente relevante se lo comunico... la comunicación con él se ha ido debilitando hasta ser casi nula. También por ello es que aunque yo lo quiera tanto, me cuesta mucho trabajo demostrarle mi afecto”.

Alondra menciona que le lastima la forma de ser de su padre por lo que prefiere no contarle de su vida, a menos que sea algo relevante. Es por ello que considera que la comunicación con él es casi nula, además de decir que las demostraciones de afecto hacia su padre le cuestan trabajo.

Jorge también nos confirma que actualmente la relación con su papá es casi nula ya que hay un rechazo de su parte y simplemente evita tener más conflictos con él. Karla comenta que se sentía molesta con su padre al no percibir interés de su parte por la relación y sólo convivía con él el tiempo necesario. Priscila también demuestra este rechazo hacia su padre ya que todo el tiempo se siente juzgada por él y esto le causa un gran daño.

Al observar la participación de la madre en la familia y durante los conflictos familiares, los sentimientos que predominan la visión de los hijos son los de compasión, frustración, una confusión en general ya que al ser su madre alguien a quien quieren, no llegan a comprender cómo es que permiten tanto daño por parte del padre hacia ellas y a la familia en general.

Con respecto a su madre Jorge nos dice que se siente confundido entre lo que dice y hace, ya que le enseñó ciertos valores que no pone en práctica:

“Mi mamá me enseñó que jamás permita que otra persona trate de humillarte. Irónicamente muchos consejos tan importantes te los llegan a enseñar aquellas personas que te aconsejan, pero no son capaces de seguir su propio consejo”.

Podemos inferir que Jorge siente que su madre se somete a su padre al permitir que la problemática continúe y sus acciones contradicen la manera en que lo orienta a vivir.

Priscila también nos relata que se sintió muy confundida y decepcionada respecto a la respuesta que le dio su mamá sobre el problema de alcoholismo de su padre, misma que se le hizo muy infantil y la confundió totalmente sobre el rol que ocupaba su mamá:

“Le dije a mi mamá que debíamos hacer algo a lo que ella de una manera que me pareció muy infantil me contestó: “¿Qué hacemos?”, me desmoralicé pues mi mamá me tomaba en cuenta para resolver el problema, me pregunté ¿qué no se supone que ella es la mamá?... sentí compasión, la sentí desprotegida”.

Se percibe la confusión de Priscila ya que en un inicio habla de desmoralizarse de su mamá al no ver una participación de la misma como adulto, otorgándole en parte la responsabilidad de resolver la problemática a ella

y al finalizar, dice ésta visión de su madre le provoca sentimientos de compasión hacia ella.

Karla nos cuenta que se encontraba agobiada ya que además de que sus padres se peleaban y su madre terminaba rogándole al padre para que se quedara con ella, Karla era utilizada por su madre quien usaba como recurso su salud para condicionar el comportamiento del padre:

“mi mamá me utilizaba para chantajear a mi papá emocionalmente diciéndole que me sentía mal de salud, que lo quería mucho y que no me gustaba verlos pelear... mi mamá corrió muchas veces a mi papá pero siempre lo buscaba después de las peleas”.

Ver las inconsistencias en la actitud de la madre hacía que Karla se sintiera extrañada, molesta y desesperada.

En los tres casos anteriores podemos observar una clara confusión de los hijos con respecto a la participación de la madre en la familia y en específico en la problemática de alcoholismo del padre. Los sentimientos van de incompreensión, decepción y compasión. En un artículo de la revista “Entorno Médico” (2009) se estima que por cada alcohólico hay siete personas que llegan a ser afectadas, sufriendo secuelas como baja autoestima, codependencia y resentimiento. La madre al ser la pareja, la persona que podría decirse tiene más apego y contacto con el padre alcohólico resulta ser la más afectada y podemos ver que los vaivenes conductuales no son exclusivos del padre sino que se extienden a la madre.

Alondra se ubica en una posición diferente de los demás debido a que su madre tuvo la iniciativa de separarse de su padre, por lo que los conflictos con el alcohólico fueron menos frecuentes, sin embargo el duelo de la separación provocó que la madre se volviera irritable y Alondra ahora tuviera más conflictos con ella.

“...lidiando también con un proceso de separación y la crianza de una hija... Recuerdo pelear mucho con mi mamá porque se enojaba casi por todo y a mí me ponía muy nerviosa...”

A pesar de la separación, las afecciones emocionales en la esposa del alcohólico se siguen presentando, Alondra se siente angustiada por la manera en la que ve a su madre y su trato lo percibe como agresivo.

Haciendo referencia al núcleo familiar como conjunto, encontramos que los participantes se refieren a éste como hostil y desagradable. Los cuatro concuerdan en un retrato familiar del que ya no quieren formar parte y sólo desearían que la problemática terminara. El relato más representativo de ésta situación lo encontramos en la historia de vida de Priscila:

“Mis papás se peleaban casi diario...si es que las cosas cambian, éstas cambian por unos días y vuelven a ser igual... “mi casa” no es mi casa sino un lugar donde como y duermo, me estresa demasiado esa atmósfera de violencia, de gritos que es constante y parece nunca acabar”.

En el discurso de los participantes se percibe rechazo a la situación familiar, a la casa misma y también se perciben sentimientos de impotencia al ver que los conflictos generados por el alcoholismo no sólo permanecen sino que aumentan.

Al observar a los padres como incapaces para resolver el problema, los hijos reflexionan acerca de la problemática familiar y su participación en ella. Replanteando así sus acciones y poniéndose al frente de todos los miembros de la familia. Infante (1999) habla acerca de ello al decir que los miembros de la familia se valen de estrategias para afrontar el problema de alcoholismo y en el caso de los hijos, cuando se presenta una deficiencia parental es común que adopten sus funciones (Sauceda, 1991).

Black (1982; citado en Madrid, 2011) opina que los hijos de alcohólicos a menudo adoptan roles o patrones de personalidad característicos en un intento de adaptarse a su ambiente familiar, y llegan a identificarse tanto con ese rol que les puede provocar problemas en la adaptación a la vida adulta fuera del hogar. Bajo esta lógica Wegscheider (1981; citado en Madrid, 2011) realizó una clasificación de los roles típicos en los hijos de padres alcohólicos en la que dice que el orden de nacimiento tiene una fuerte influencia en dichos roles. El primer hijo ha sido descrito frecuentemente como el responsable, el héroe. El más joven suele ser la mascota de la familia. Los hijos que ocupan lugares intermedios suelen adoptar roles como el del niño perdido u olvidado quien suele ser el chivo expiatorio de los problemas de la familia.

Al llegar a un punto crítico, Jorge, Karla y Priscila pasan a asumir el rol de “hijo héroe”, tomando

responsabilidades no correspondientes a su posición en la familia.

Con afán de hacer este análisis más detallado retomamos un episodio de Priscila para mostrar lo antes mencionado:

“Entonces sentí que la responsabilidad de la familia recayó en mí, que sino movía a mi familia todo se iba a ir a la fregada”.

Retomando a Black (1982; citado en Madrid, 2011) ubicamos a los participantes en el papel de “hijo héroe” ya que al ver las deficiencias en la paternidad y en el funcionamiento de la familia intentaron rescatar el núcleo familiar del caos adoptando funciones “paternales”, tratando de controlar la situación para que todo funcione.

En contraste con los demás participantes, los padres de Alondra trataron de alejarla de la problemática. A través de su separación ella quedó al resguardo de su madre.

Regresando a la situación particular de Jorge, Karla y Priscila sobre su postura como “hijos héroes”, ellos se percatan de que además de no corresponderles ese papel y generarles estrés, ésta participación no produce cambios positivos. De pensarse el hijo como un apoyo a la familia, los padres lo perciben como rival, tornándose los conflictos hacia el hijo. Lo anterior lo podemos observar en los siguientes fragmentos de la historia de Karla y Jorge:

Karla: “Cuando mi papá llegaba borracho yo le reclamaba y terminábamos gritándonos entre mi mamá, mi papá y yo... al final mi mamá se terminaba enojando conmigo...”

Jorge: “Me esforcé por que la situación mejorara pero nada mas no pasaba nada. Opté por hacerlo a un lado y me dediqué a mi vida con mis amigos y mi vida en la escuela”.

Finalmente el hijo recapacita sobre su relación con su familia y con la problemática de alcoholismo de su padre, a través de lo cual decide desvincularse de la problemática de la familia con la esperanza de hacer su vida fuera de ella.

A manera de reflexión presentamos un último episodio de Priscila que refleja la perspectiva actual de los

participantes después de haber vivido en una familia con un padre alcohólico:

“Actualmente estoy tratando de retomar el ritmo, de equilibrar vida escolar y personal...en mi familia mis papás viven peleando, yo ya no me meto pues no quiero seguirme dañando, evito la relación con él pues todo es juzgado. Me sigo llevando muy bien con mi mamá aunque sigo sin entender su relación con mi papá a veces de buenas pero la mayoría del tiempo peleando...sé que en un futuro si tengo familia, haré lo posible para no repetir la historia”.

Para cerrar el análisis, podemos hablar de la postura que toman los hijos al resignificar la vivencia en la que deciden distanciarse de la problemática, lo que representa alejarse de su familia. Dado que los miembros de la familia no toman acciones para cambiar la situación, los hijos se enfocan en su vida y en seguir un proyecto a futuro que se concentra en no seguir los mismos patrones y tener una familia libre de adicciones.

DISCUSIÓN

Con base en los autores revisados pudo observarse claramente cómo la problemática de alcoholismo afecta en mayor grado a la familia que al adicto, especialmente a los hijos, quienes llegan a padecer trastornos conductuales y emocionales.

Como argumentan Cruz, Cadalso y Fernández (2002); Herrada, et al. (1992); y Núñez, Rodríguez y León (2007) la violencia está estrechamente relacionada con la ingesta abusiva de alcohol.

En ésta investigación se evidenció la violencia ejercida por el alcohólico. Se observó que el adicto al estar bajo el efecto del alcohol era más agresivo, además, ésta característica se fue integrando a su carácter.

Los dos tipos de maltrato: físico y psicológico (Abuná & Pimienta, 2005) son ejercidos por el padre alcohólico. En los casos revisados, aunque se presentan momentos de violencia física, la psicológica fue la que se presentó con mayor frecuencia.

La dinámica familiar se torna agresiva, lo que representa para el hijo sentirse atacado por el núcleo familiar (Cruz, Cadalso & Fernández, 2002; Núñez, Rodríguez & León, 2007). Con lo que cambia la

perspectiva que tiene de sus padres por una ambivalente o vergonzante, como lo mencionan Lloret (2001) y Cuarón (1988; citado en Maldonado, 2008).

A su vez se confirma cada una de las repercusiones físicas, sociales y psicológicas que se derivan de tener un padre alcohólico tales como: empobrecimiento de las relaciones sociales y problemas económicos en la familia, presencia de trastornos afectivos como ansiedad y depresión, confusión sobre la normativa familiar, entre otros ("Entorno Médico" 2009; Guisa, 2008; Hall, et al 1994; Lyon & Greenberg, 1991; Johnson, 2001; Vences, 1984; citados en Maldonado, 2008; Lloret, 2001; Maldonado, 2008; Mena & Casado, 1997; citado en Casas & Navarro, 2001; Sandoval, 2004; citado en Núñez, Rodríguez & León 2007).

Los hijos se involucran en los conflictos familiares, lo que los lleva a adquirir un rol de "héroes" como lo dice Black (1982; citado e Madrid, 2011), supliendo las deficiencias parentales (Sauceda, 1991). Esta participación que se encuentra fuera de su alcance y de su lugar dentro de la familia rebasa las capacidades de afrontamiento del hijo, lo que lo lleva a la disyuntiva entre permanecer en esa dinámica disfuncional o alejarse de ella y tratar de rehacer su vida. En esta investigación los cuatro participantes optaron por tomar la segunda alternativa, es decir, recuperar la experiencia como un proceso de aprendizaje para un futuro mejor.

CONCLUSIÓN

Hablar del fenómeno del alcoholismo resulta sumamente complejo ya que incide en diferentes niveles y esferas sociales, desde lo individual en lo que ubicamos el aspecto biológico y psicológico hasta lo social donde representa un problema de salud pública. Particularizando en los grupos donde se desenvuelve el alcohólico, el núcleo familiar es el que tiene mayor relevancia y por lo tanto es donde se manifiestan las mayores afecciones.

El enfoque cualitativo nos permitió acceder a la complejidad del fenómeno a través de las aproximaciones que se tuvieron con el mundo de los participantes y los significados que se desprendieron de éste. Las historias de vida como herramienta fueron de gran utilidad para el propósito de ésta investigación

debido a que se logró una gran apertura por parte de los participantes, tomando en cuenta que la mayoría de las veces una adicción es un problema que no se trata o se cierra y calla en las puertas del hogar.

A continuación ahondaremos en las conclusiones derivadas de los casos analizados:

En cada una de las familias se presentó un ciclo de eventos diferenciándose sólo en algunas situaciones. Para empezar, en todos los casos se presentó violencia iniciándose con los conflictos entre los padres y posteriormente éstos conflictos se extendieron a toda la familia. En segundo término, las carencias económicas, la infidelidad por parte del padre, la separación temporal o definitiva de los cónyuges, fueron patrones característicos de la familia alcohólica.

Como consecuencia, es inevitable que esta experiencia repercuta en la formación psicológica de los hijos y en la forma en la que ven a sus padres y a su familia. Los hijos terminaron por rechazar al padre, siendo este el alcohólico y sobrellevaron la relación con su madre aún sin llegar a comprenderla.

Finalmente, podemos decir que la vivencia de tener un padre alcohólico generó en los hijos expectativas de formar una familia y tener una vida fuera de la problemática del alcoholismo.

REFERENCIAS

- Abuná, L., y Pimienta, A. (2005). Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, pp. 827-835.
- Canavati, S.H. (1997). Combinaciones Mortales III Parte: La cacería más feroz: Los adolescentes son el blanco. *Esperanza para la Familia*, [en línea]: Colombia. [fecha de consulta: 5 noviembre 2012]. Disponible en: [\[http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/2012/HTM0469_06.php\]](http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/2012/HTM0469_06.php)
- Casas M. J., y Navarro J. I. (2001). Hijos de padres alcohólicos: Su nivel de ansiedad en comparación con hijos de padres no alcohólicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (1), pp. 53-58.
- Chárriez, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5 (1), pp. 50-51.
- Cruz, R., Cadalso R. y Fernández, O. (2002). Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. *Revista Cubana de Pediatría*, 74 (2), pp.138-144.

- Guillén, P. (2012). Las Cifras del Alcoholismo en México. *Animal Político*, [en línea]: México. [fecha de consulta: 5 noviembre 2012]. Disponible en: [\[http://www.animalpolitico.com/2012/03/las-cifras-del-alcoholismo-en-mexico/#axzz2wuc13ULk\]](http://www.animalpolitico.com/2012/03/las-cifras-del-alcoholismo-en-mexico/#axzz2wuc13ULk)
- Guisa, V. (2008). Padres adictos y su repercusión en los hijos. *Declaración electrónica* del: Director general de centros de integración juvenil, A.C. [en línea]: México. [fecha de consulta: 5 noviembre 2012]. Disponible en: [\[http://www.pediatria.gob.mx/caimn/padres1.pdf\]](http://www.pediatria.gob.mx/caimn/padres1.pdf)
- Herrada, A., Nazar, A., Cassaball, M., Vega, R. y Nava, C. (1992). El niño Maltratado en Tlaxcala: Estudio de casos. *Salud Pública*, 34, pp. 626-634.
- Infante, S. (1999). Mecanismos de enfrentamiento familiar en pacientes alcohólicos. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, pp. 8-12.
- Lloret, D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y Drogas*, 1 (1), pp.113-128.
- México: *Tercer lugar en el consumo de alcohol*. (2008). Vivir México, [en línea]: México. [fecha de consulta: 5 noviembre 2012]. Disponible en: [\[http://vivirmexico.com/2008/07/mexico-tercer-lugar-en-consumo-de-alcohol\]](http://vivirmexico.com/2008/07/mexico-tercer-lugar-en-consumo-de-alcohol)
- Maldonado, N. (2008). La importancia de la intervención temprana con los hijos de padres alcohólicos. *Apuntes de la Facultad de Educación*.
- Madrid, J. (2011). Familias con problemas de alcohol. I Congreso Nacional de Investigación. pp. 1-9.
- Núñez, A., Rodríguez, C., y León, D. (2007). Maltrato Infantil en hijos de padres alcohólicos. *Policlínico Docente Universitario*, pp. 57-65.
- Organización Mundial de la Salud. *Alcohol* [en línea]: Nota descriptiva, n°349. 2011 [fecha de consulta: 5 noviembre 2012]. Disponible en: [\[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/\]](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/)
- Sauceda, J. (1991). Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Revista Médica*, 29 (1), pp. 61-67.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. [\[http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/encuestas_ena2008.html\]](http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/encuestas_ena2008.html)
- Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención de las Adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones. Instituto Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Psiquiatría de la Fuente. [\[http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/encuestas_ena2011.html\]](http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/encuestas_ena2011.html)

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE SUICIDIO, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y AUTOEFICACIA EN DEPENDIENTES DEL ALCOHOL

RELATIONSHIP BETWEEN SUICIDE RISK, COPING BEHAVIOR AND SELF-EFFICACY AMONG ALCOHOL DEPENDENTS

Karina Jiménez¹, Jose Luís Carballo², M^a Ángeles Cano³ y María Marín-Vila²

¹Clínica de Posgrado de Psicología de la Universidad de Costa Rica

²Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche

³Unidad de Alcoholología, Centro de Salud de Altavix, Elche

Abstract

Suicide is an issue related to alcohol use and other substances. This study analyzed the relationship between suicidal risk, coping behaviors and self-efficacy among alcoholics. A total of 75 patients diagnosed with alcohol use disorder participated in this study. Substance use history, previous treatments and possible psychiatric history were assessed. Moreover, different questionnaires were used to assess variables related to alcohol risk situations, coping behavior, self-efficacy and suicide risk probability. The results showed statistically significant differences in the variables of capacity to identify risk situations and self-efficacy. These results could be useful to improve relapse prevention programs to reduce the alcohol use relapses, and also to reduce the risk of suicide attempts.

Keywords: Suicidal Risk, coping behaviors, Risk situations, self-efficacy, alcohol use.

Resumen

El suicidio es una problemática que se encuentra asociada al consumo de alcohol y otras sustancias. En este estudio se analizó la relación entre el riesgo suicida, las habilidades de afrontamiento y autoeficacia en pacientes alcohólicos. Participaron un total de 75 sujetos con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol y que reciben tratamiento ambulatorio. Se evaluó el historial de consumo de sustancias, tratamientos previos y posibles antecedentes psiquiátricos. Asimismo, se utilizaron diferentes cuestionarios para evaluar variables relacionadas con la identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y la probabilidad de riesgo suicida. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de identificación de situaciones de riesgo y autoeficacia. Estos hallazgos pueden ser útiles de cara tener en cuenta la importancia de los programas de prevención de recaídas no solamente en relación al consumo de alcohol si no en la reducción del riesgo de intentos suicidas.

Palabras clave: Riesgo suicida, estrategias de afrontamiento, situaciones de riesgo, autoeficacia, consumo de alcohol.

Correspondencia: José Luis Carballo Email: jcarballo@umh.es
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Avenida de la Universidad, s/n, 03202 Elche (Alicante)
Teléfono: +34 96-6658309 Fax: +34 96-6658904

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que existe un aumento en los suicidios e intentos de suicidio a nivel mundial (López-Castroman *et al.*, 2011). Se considera una de las principales causas de muerte en la población con edades comprendidas entre los 15 y 34 años (Giegling *et al.*, 2009). La OMS señala que para el año 2008 la tasa de suicidios en España fue de 7.6 por cada 100.000 habitantes, cifra que le hizo alcanzar una de las tasas más bajas del continente europeo. Sin embargo, durante los últimos años, ha habido un incremento en el número de suicidios (OMS, 2008). Según datos publicados en el Instituto Nacional de Estadística de España (INE), en el año 2010 hubo un total de 3145 suicidios, superando esta cantidad las 2327 muertes causadas por accidentes de tráfico (INE, 2010).

Existe una amplia cantidad de literatura científica que fundamenta la presencia de ciertos factores de riesgo en el suicidio. Este tipo de problemática resulta de una compleja interacción entre variables psicológicas, fisiológicas, genéticas, culturales y ambientales, y se presenta en momentos en que la persona atraviesa un nivel de tensión que excede sus capacidades de afrontamiento (Nordentoft, 2011; Pompili *et al.*, 2007). Dentro de la población general se ha encontrado que el bajo nivel socioeconómico y educativo, así como una condición laboral desfavorable, contar con poco apoyo social, o la presencia de intentos previos, son factores que están relacionados con el riesgo de suicidio (Innamorati *et al.*, 2010; López-Castroman *et al.*, 2011; Mäki y Martikainen, 2009). También, se ha relacionado el riesgo suicida con características personales de impulsividad, inhibición de la expresión de la ira, evitación del dolor y presencia de altos niveles de frustración (Bohnert, Roeder y Ilgen, 2011; Giegling *et al.*, 2009).

Por otro lado, existe abundante literatura científica que menciona la estrecha relación entre la conducta suicida y los trastornos psiquiátricos (Antypa, Van der Does y Pennix, 2010; Bohnert *et al.*, 2011; Comtois, Russo, Roy-Byrne y Ries, 2004; O'Boyle y Brando, 1998; Rihmer, 2001; Sanchís y Simón, 2012). En esta línea, se ha identificado que los trastornos por consumo de sustancias tienen influencia en el desarrollo de riesgo suicida (Ali *et al.*, 2013; Boenisch *et al.*, 2010), siendo el alcohol la sustancia que más se ha asociado a los intentos de suicidio. Varias investigaciones plantean que los intentos de suicidio ocurren en momentos en que la persona ha tenido un consumo de alcohol de forma

aguda. Se ha señalado que el consumo de esta sustancia produce una pérdida del sentido de la realidad y dificultad para encontrar soluciones adaptativas, así como incrementa la probabilidad del uso de métodos más letales, lo cual aumenta también el riesgo y el acto suicida en sí mismo (Hufford, 2001; Sher *et al.*, 2009; Wetterling y Schneider, 2013; Wojnar *et al.*, 2009).

En esta línea, Wojnar *et al.* (2008) pusieron de manifiesto la relación entre el número recaídas y la presencia de intentos de suicidio en un grupo de consumidores de alcohol. A pesar de que todavía son escasos los trabajos centrados en estas variables, estos hallazgos podrían indicar la importancia de establecer estrategias de prevención de recaídas en pacientes que presentan trastornos por consumo de alcohol, con el objetivo de reducir las conductas suicidas.

En este sentido, conviene resaltar el modelo de prevención de recaídas descrito por Marlatt y Gordon (1985). Estos autores plantean que, en momentos de recaída, se produce una disminución del nivel de autoeficacia, autocontrol y autorregulación, lo cual conlleva al incremento de emociones negativas en los consumidores de sustancias (López-Torrecillas, Salvador, Ramírez y Verdejo, 2002; Sheikh y Bashir, 2004; Strowig, 2000). De esta manera, un adecuado nivel de autoeficacia, habilidades de afrontamiento y la capacidad de valorar adecuadamente las situaciones de riesgo, permiten que un individuo con adicción al alcohol pueda prevenir futuras recaídas.

Debido a la relación establecida entre el incremento en la probabilidad de recaídas y los intentos de suicidio, así como el aumento en la presencia de emociones negativas generadas en estas situaciones, las estrategias de afrontamiento y el nivel de autoeficacia de los pacientes alcohólicos pueden actuar como predictores del riesgo de suicidio. Por tanto, los objetivos de este estudio son: (1) analizar la relación entre antecedentes psiquiátricos y tratamiento psicofarmacológico y el riesgo de suicidio, (2) analizar la relación entre variables relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas, así como las relacionadas con el tratamiento y el riesgo de suicidio, y, (3) analizar la relación que existe entre identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y el riesgo suicida en una muestra española de sujetos que acuden a tratamiento psicológico para trastornos por consumo de alcohol.

MÉTODO

Participantes

Se reclutaron un total de 75 sujetos que asistieron a tratamiento psicológico a la Unidad de Conductas Adictivas de Alcoholología (UCA) del Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

Para la selección de esta muestra se consideraron los siguientes criterios de inclusión: (1) presentar un diagnóstico de dependencia al alcohol; (2) asistir a tratamiento ambulatorio basado en el modelo de prevención de recaídas; y (3) ser mayor de 18 años. El único criterio de exclusión que se estableció fue la presencia de trastornos psiquiátricos graves tales como trastornos psicóticos.

Un total de 60 sujetos dieron su consentimiento para participar en el estudio y completaron el cuestionario. Los otros 15 participantes no dieron su consentimiento informado, por lo cual no fueron evaluados.

La edad media (DT) de los 60 participantes fue de 42.63 (DT=9.92) años en el momento del estudio. Un 60% de los participantes eran varones. De este total de participantes, 35 (58.33%) presentaban Riesgo Suicida (RS) y 25 no presentaba Riesgo Suicida (NRS). Se entiende por riesgo de suicidio la puntuación igual o superior a 6 en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, Van Praag, Conte y Picard (1989). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes de ambos grupos. Dentro del grupo de RS, se pudo observar que el porcentaje de hombres (51.4%) fue superior al de mujeres. También en este grupo se observa un menor porcentaje de sujetos que viven con pareja (28.5%), una mayor cantidad de sujetos solteros (45.8%), menor nivel educativo y mayor porcentaje de sujetos desempleados (62.9%), en comparación con los sujetos del grupo de NRS.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes del estudio

	RS	NRS	Total
	n=35	n=25	n=60
Edad			
Media (DT)	40.29 (8.18)	45.92 (11.31)	42.63(9.92)
Sexo			

% Hombres	51.4%(18)	72%(18)	60%(36)
% Mujeres	48.6%(17)	28%(7)	40%(24)
Estado civil			
% Con pareja estable	28.5%(10)	40%(10)	33.3%(20)
% Divorciados/Separados	25.7%(9)	32%(8)	28.4%(17)
% Sin pareja	45.8%(16)	28%(7)	38.4%(23)
Nivel de estudios			
% Sin estudios	0,00%(0)	8%(2)	3.3%(2)
% Primaria	68.6%(24)	40%(10)	56.7%(34)
% Bachillerato/FP	22.9%(8)	40%(10)	30%(18)
% Diploma/Licenciatura	8.6%(3)	12%(3)	10%(6)
Situación laboral			
% Con trabajo	31.4%(11)	40%(10)	35%(21)
% Sin trabajo	62.9%(14)	48%(12)	58.4%(35)
% Jubilado/Prejubilado	2.9%(1)	12%(3)	6.7%(4)

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas. Un total de siete preguntas ad hoc fueron elaboradas y tenían la finalidad de recoger información respecto al sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y situación laboral actual.

Antecedentes psiquiátricos. Se construyeron tres preguntas ad hoc con el objetivo de conocer si los sujetos habían recibido en el pasado algún diagnóstico psicopatológico distinto al trastorno por dependencia y/o abuso de alcohol y otras sustancias. Además, se registró información sobre el consumo de fármacos en la actualidad.

Historial de tratamientos y consumo de alcohol. Se registró el historial de tratamiento para el consumo de alcohol mediante cuatro preguntas elaboradas ad hoc sobre la cantidad de veces que los sujetos habían recibido tratamiento por la utilización de sustancias, el tiempo que llevaban en tratamiento y el tiempo que llevaban sin consumir alcohol.

Policonsumo. Se recolectó el historial y patrón de consumo de diferentes sustancias psicoactivas (alcohol, cannabis, cocaína, benzodiacepinas, etc.) a través de preguntas ad hoc basadas en la encuesta del Plan Nacional de Drogas (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Con ellas, se identificó la frecuencia del consumo, la utilización actual de la sustancia, edad de inicio y cantidad de años de consumo.

Dependencia de alcohol. Se utilizó el *Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol* (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993). Esta escala fue desarrollada para la detección precoz de consumos de riesgo y trastornos relacionados con el alcohol. La versión en castellano fue validada para la población española por Contel-Guillamon, Gual-Solé y Colom-Farran (1999). Este cuestionario es autoaplicado y está compuesto por 10 ítems que exploran la cantidad y frecuencia de consumo, conductas de dependencia al alcohol y problemas relacionados con la utilización de éste. Los ocho primeros ítems tienen cinco posibilidades de respuesta que se puntúan entre 0 y 4. El ítem 9 y 10 cuentan con tres posibilidades de respuesta que se puntúan entre 0 y 3. El punto de corte para determinar la presencia de dependencia al alcohol es 10. El análisis de fiabilidad de este cuestionario mostró que posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.88) (Contel-Guillamon *et al.*, 1999).

VARIABLES RELACIONADAS CON EL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. Las variables que se evaluaron fueron las propuestas en el modelo de Marlatt y Gordon (1985): (1) identificación de las situaciones de riesgo; (2) habilidades de afrontamiento; y (3) autoeficacia. Los instrumentos que se utilizaron para la medición de estas variables son:

Identificación de las situaciones de riesgo: se utilizó la versión española del *Inventario de situaciones precipitantes de recaídas en dependientes de alcohol* (García-González y Alonso-Suárez, 2002a). Este inventario es autoaplicado y consta de 25 ítems que tienen el objetivo de identificar las situaciones interpersonales, ambientales y emocionales que un sujeto dependiente del alcohol puede percibir de alto riesgo para lograr mantenerse abstinentes. Las categorías de respuesta se gradúan en una escala de "muy peligrosa", "bastante peligrosa", "poco peligrosa" y "nada peligrosa". La puntuación oscila entre 0 y 75. Respecto a las propiedades psicométricas, los autores señalan que cuenta con alta fiabilidad, validez de constructo y posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.91) (García-González y Alonso-Suárez, 2002a).

Habilidades de afrontamiento. Se midieron mediante la versión española del *Inventario de habilidades de*

afrontamiento en dependientes del alcohol (García-González y Alonso-Suárez, 2002b). Este inventario tiene el objetivo de determinar la frecuencia con que los sujetos dependientes al alcohol utilizan un repertorio de habilidades de afrontamiento a nivel cognitivo, conductual, ambiental y social cuando tratan de mantenerse abstinentes en situaciones de riesgo de recaída. El inventario consta de 36 ítems y es autoaplicado. Respecto a las propiedades psicométricas, cuenta con alta fiabilidad, validez de constructo y posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.90). Además, se han identificado cuatro factores que explican el 44.2% de la varianza. Estos factores son: (1) pensamiento positivo; (2) pensamiento negativo; (3) distracción; y (4) evitación (García-González y Alonso-Suárez, 2002b).

Autoeficacia en situaciones de riesgo: se usó la *Versión breve del Cuestionario de Seguridad ante las situaciones de riesgo* (Annis, 1986). La versión breve es autoaplicada, consta de ocho ítems que evalúan la confianza que perciben los pacientes para resistir la necesidad de beber alcohol y fue traducida al castellano por Curtis, Sobell, Sobell y Agrawal (2000). Las respuestas se puntúan en una escala visual analógica en la cual se reporta el porcentaje percibido de confianza en situaciones de riesgo (p.ej., estados emocionales negativos). Dicha escala tiene un punto de inicio de un 0% (inseguridad) y de finalización 100% (seguridad). Los autores mencionan que esta escala posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.85) en la versión de ocho ítems (Curtis *et al.*, 2000).

Riesgo suicida. Se evaluó con la *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* (Plutchik *et al.*, 1989). Esta escala permite discriminar a los pacientes que presentan riesgo suicida de los que no lo presentan, e incluye cuestiones relacionadas con intentos suicidas previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión, desesperanza y conductas que pueden aumentar el riesgo suicida. Esta escala es autoadministrada y consta de 15 ítems que deben ser respondidos en una escala de SÍ o NO. Rubio *et al.* (1998) realizaron la validación de esta escala para la población española, en la cual se contempla que una puntuación igual o superior a 6 indica la presencia de riesgo suicida. Con respecto a las propiedades psicométricas, los autores indican que cuenta con un alto nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.90), una fiabilidad test-retest de 0.89 y un

nivel de sensibilidad y especificidad de 88% (Rubio *et al.*, 1998)

Procedimiento

El reclutamiento de los pacientes consumidores de alcohol se llevó a cabo en la Unidad de Conductas Adictivas de Alcoholología (UCA) que se encuentra localizada en el Hospital General Universitario, ubicado en Elche, Alicante. En el momento del estudio estaban recibiendo tratamiento ambulatorio basado en el modelo de prevención de recaídas. Los participantes fueron evaluados de forma individual y durante una única sesión de 20 minutos. Todos los participantes de este estudio transversal fueron informados acerca de los objetivos de esta investigación y dieron su consentimiento para formar parte de ésta.

Análisis de los datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSSv18 para Windows. Se realizaron análisis de frecuencias y se utilizaron estadísticos descriptivos para la descripción de la muestra de la investigación.

Para el estudio de diferencias en las frecuencias y porcentajes de las variables no continuas se utilizó la prueba chi cuadrado de Pearson, mientras que para el análisis de las diferencias de medias en variables continuas se utilizó la prueba de *t* de Student para muestras independientes entre el grupo de Riesgo Suicida y el grupo de No Riesgo Suicida. Se utilizó un nivel de confianza del 95%.

Finalmente, se utilizó la regresión lineal utilizando el método "introducir" con la finalidad de estimar el valor predictivo de ciertas variables relacionadas con el entrenamiento para la evitación de recaídas y el incremento o disminución del riesgo de suicidio.

RESULTADOS

Tal y como se observa en la Tabla 2, se encontró que los sujetos del grupo de RS presentaron un porcentaje superior en cuanto al consumo de fármacos ($\chi^2 = 6.272$; $p < .05$), aunque no existían diferencias en los antecedentes psicopatológicos.

Tabla 2. Diferencias entre el grupo de RS y NRS en antecedentes psiquiátricos y consumo de fármacos

	RS n=35	NRS n=25	$\chi^2(p)$
% Diagnósticos psiquiátricos previos	25.7%(9)	12%(3)	.964(.326)
% Consumo fármacos	55.9%(19)	20%(5)	6.272(.012)*

Por otro lado, como se muestra en la Tabla 3, en relación a las variables relacionadas con el tratamiento y el consumo de alcohol, solamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la edad de inicio del consumo de alcohol ($t = -2.465$; $p < .05$) y en la cantidad de años de consumo ($t = -2.967$; $p < .05$). Se observó que el grupo de NRS había iniciado a una edad más temprana el consumo de alcohol, así como que estos sujetos habían estado más años consumiendo esta sustancia respecto al grupo de RS.

Tabla 3. Diferencias entre el grupo de RS y NRS en variables relacionadas con el tratamiento, consumo de alcohol y de otras sustancias

	RS n=35	NRS n=25	$t^2(p)$
Variables de tratamiento			
Edad media (DT) primer tratamiento	32.09 (12.52)	38.74 (14.64)	1.809(.076)
Media (DT) meses en tratamiento	8.70 (5.26)	7.12 (5.50)	-1.085(.283)
Media (DT) meses de abstinencia	5.15 (5.49)	7 (5.42)	1.288(.203)
Media (DT) nº de tratamientos	2.15 (1.79)	1.56 (2.08)	-1.097(.279)
Variables de consumo de alcohol			
Media (DT) AUDIT	17.11 (8.82)	14.36 (8.18)	-1.244(.219)
Edad media (DT) de inicio	20.53 (9.11)	16.30 (2.82)	-2.465(.018)*
Media años (DT) de consumo	16.56 (11.30)	26.62 (13.16)	2.967(.005)*
Media (DT) sustancias consumidas	3.09 (2.42)	2.08 (1.50)	-1.985(.052)

Cuando se comparó a los grupos en variables relacionadas con la prevención de recaídas (ver Tabla 4), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de las variables de autoeficacia ($t = 2.895$; $p < .05$) y capacidad de identificación de situaciones de riesgo ($t = -2.047$; $p < .05$).

Finalmente, como se observa en la Tabla 5, se llevó a cabo una regresión lineal donde se incluyeron como variables predictoras la identificación de las situaciones de riesgo, las habilidades de afrontamiento y la

autoeficacia. Se utilizó como variable criterio el riesgo suicida. Esta ecuación de regresión lineal se mostró estadísticamente significativa ($F_{(3,57)}=24.552$; $p < .05$), explicando el 54% ($R^2 = .540$) de la varianza, lo cual se

puede considerar un porcentaje medio-alto. Únicamente, la variable sobre identificación de situaciones de riesgo se mostró estadísticamente significativa ($p < .05$) en el modelo, con una Beta de .0513.

Tabla 4. Diferencias de medias (DT) entre los participantes del grupo de riesgo suicida y no riesgo suicida según las variables del entrenamiento en evitación de recaídas

	RS N=35	NRS N=25	t(p)
Media (DT) en Situaciones de riesgo	35.26 (20.12)	24.56 (19.83)	-2.047(.046)*
Media (DT) en Autoeficacia	480.94 (251.65)	652.16 (183.22)	2.895(.005)*
Media (DT) Habilidades de afrontamiento	63.71 (23.40)	70.72 (22.83)	1.155(.253)
Media (DT) en Pensamiento positivo	22.74(8.08)	26.76(7.62)	1.944(0.57)
Media (DT) en Pensamiento negativo	16.29(6.43)	16.12(6.24)	-.100(.921)
Media (DT) Distracción	13.69(7.77)	16.40(6.46)	1.429(.158)
Media (DT) Evitación	7.49(3.57)	7.68(4.82)	.180(.858)

Tabla 5. Valor predictivo de las variables relacionadas con el entrenamiento en evitación de recaídas

	Beta	t	p
Situaciones de riesgo	.513	3.371	.001*
Habilidades de afrontamiento	.168	.697	.488
Autoeficacia	.121	.637	.526

DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio fueron (1) analizar la relación entre antecedentes psiquiátricos y tratamiento psicofarmacológico y el riesgo de suicidio, (2) analizar la relación entre variables relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas, así como las relacionadas con el tratamiento y el riesgo de suicidio, y, (3) analizar la relación que existe entre identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y el riesgo suicida en una muestra española de sujetos que acuden a tratamiento psicológico para trastornos por consumo de alcohol. En líneas generales se encuentra una relación entre estas variables, especialmente, en aquellas referidas a la autoeficacia y situaciones de riesgo y el riesgo de suicidio en la muestra evaluada.

En cuanto a la descripción de la muestra, a nivel sociodemográfico los resultados mostraron que ambos grupos (Riesgo y No Riesgo de Suicidio) parecen tener un perfil similar y homogéneo. No obstante, el grupo de RS muestra tendencias superiores en el porcentaje de hombres, así como menor nivel educativo, situación laboral desfavorable y menor porcentaje de sujetos que cuentan con pareja estable. Estas características coinciden con los factores de sociodemográficos de riesgo que han sido expuestos en diversas investigaciones previas (Casas y Guardia, 2002; Innamorati *et al.*, 2010; Mäki y Martikainen, 2009).

Tal y como se ha encontrado en la literatura previa (Antypa *et al.*, 2010; O'Boyle y Brando, 1998; Sher *et al.*, 2009; Tuisku, Pelkonen, Kiviruusu, Karlsson y Marttunen, 2012) se observó que existen diferencias

estadísticamente significativas con respecto al consumo de fármacos entre ambos grupos, que podría indicar que actualmente los sujetos del grupo RS presentan otro tipo de psicopatología asociada al trastorno por dependencia al alcohol.

Por otro lado, aunque los perfiles de historia de tratamiento y consumo de alcohol entre los grupos son similares, los participantes del grupo de RS refirieron un inicio más tardío y, por tanto, menos años consumiendo alcohol en comparación con el grupo de NRS. Sin embargo, el deterioro producido en el grupo de RS podría ser mayor, ya que el trastorno alcohólico parece tener un inicio más incipiente. En menos tiempo de consumo presentan un patrón adictivo similar al que presenta el grupo de NRS, en cuanto al consumo y el grado de gravedad. Esto podría estar relacionado con las conclusiones de otras investigaciones en las que se indica que el riesgo de suicidio está asociado a la presencia de mayor gravedad en cuanto al consumo de alcohol (Sher *et al.*, 2009).

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables relacionadas con la capacidad de identificación de situaciones de riesgo y autoeficacia, las cuales son los componentes del entrenamiento para la evitación de recaídas. Los sujetos que presentan riesgo suicida se perciben con una menor autoeficacia para afrontar y manejar las situaciones en las cuales puede aumentar el deseo de consumo de alcohol; además, identifican un mayor número de situaciones como peligrosas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en habilidades de afrontamiento, seguramente debido al elevado grado de entrenamiento en estas habilidades, usual en este tipo de situaciones (López-Torrecillas *et al.*, 2002; López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002; Sheikh y Bashir, 2004; Strowig, 2000).

Los datos obtenidos en este estudio parecen indicar que el grupo de RS tiene una menor preparación para la evitación de recaídas, por lo tanto se esperaría que este grupo tuviera más recaídas y un mayor riesgo de suicidio (Wojnar *et al.*, 2008) en comparación con el grupo de NRS. El incremento en el número de recaídas podría ir asociado a un mayor número emociones negativas, tales como culpa, tristeza y ansiedad, que podrían disminuir el nivel de eficacia, autocontrol y autorregulación en el

sujeto, y de esta manera influir sobre el riesgo de suicidio (López-Torrecillas *et al.*, 2002; Sheikh y Bashir, 2004; Strowig, 2000).

Entre las limitaciones de este estudio destaca el bajo tamaño muestral, así como las propias del uso de autoinformes (p.ej., la deseabilidad social). Parece necesario llevar a cabo más estudios con muestras más amplias y representativas que analicen estos hallazgos. Futuros estudios podrían analizar la eficacia de las intervenciones basadas en el modelo de prevención de recaídas en la reducción del riesgo de suicidio en sujetos que presentan trastornos de dependencia al alcohol. También podría ser oportuno valorar el entrenamiento en identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en los programas de prevención de la conducta suicida en población general.

REFERENCIAS

- Ali, S., Nathani, M., Jabeen, S., Yazdani, I., Mouton, C. D., Bailey, R. K., Mahr, M., Pate, R. J. y Riley, W. J. (2013). Alcohol: the lubricant to suicidality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(1), 20-29.
- Annis, H. M. (1986). *A relapse prevention model for the treatment of alcoholics*. New York: Pergamon Press.
- Antypa, N., Van der Does, W. y Pennix, B. W. J. H. (2010). Cognitive reactivity: investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of affective disorders*, 122, 46-52.
- Boenisch, S., Bramesfeld, A., Mergl, R., Havers, I., Althaus, D., Lehfeld, H., Niklewski, G. y Hegerl, U. (2010). The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts - a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *European Psychiatry*, 25, 414-420.
- Bohnert, A. S. B., Roeder, K. M. y Ilgen, M. A. (2011). Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: comparing correlates in a U.S. national study. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 106-112.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(SUPL 1), 195-219.
- Comtois, K. A., Russo, J. E., Roy-Byrne, P. y Ries, R. K. (2004). Clinicians' assessments of bipolar disorder and substance abuse as predictors of suicidal behavior in acutely hospitalized psychiatric inpatients. *Society of biological psychiatry*, 56, 757-763.

- Contel-Guillamon, M., Gual-Solé, A. y Colom-Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
- Curtis, F., Sobell, L., Sobell, M. y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behavior research and therapy*, 38, 1211-1220.
- García-González, R. y Alonso-Suárez, M. (2002a). Adaptación española del inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Psicología conductual*, 10(2), 329-342.
- García-González, R. y Alonso-Suárez, M. (2002b). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14(4), 455-463.
- Giegling, I., Olgati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H. J., Rujescu, D. y Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 43, 1262-1271.
- Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical psychology review*, 21(5), 797-811.
- Instituto Nacional de Estadística (2010). *Suicidios*. Madrid: INE.
- Innamorati, M., Lester, D., Amore, M., Girardi, P., Tatarelli, R. y Pompili, M. (2010). Alcohol consumption predicts the EU suicide rates in young women 15-29 years but no in men: analysis of trends and differences among early and new EU countries since 2004. *Alcohol*, 44, 463-469.
- López-Castroman, J., Pérez-Rodríguez, M. M., Jaussent, I., Alegría, A., Artes-Rodríguez-A. y Freed, P. (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of psychiatric research*, 45, 619-625.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M. M., Ramírez, I. y Verdejo, A. (2002). El papel de la autoeficacia en el tratamiento de las drogodependencias. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 21-31.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M. M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 33-51.
- Mäki, N. y Martikainen, P. (2009). The role of socioeconomic indicators on non-alcohol and alcohol-associated suicide mortality among women in Finland. A register -based follow-up study of 12 million of person-years. *Social science and medicine*, 68, 2161-2169.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in neuropsychopharmacology y biological psychiatry*, 35, 848-853.
- O'Boyle, M. y Brando, E. A. A. (1998). Suicide attempts, substance abuse, and personality. *Journal of substance abuse treatment*, 15(4), 353-356.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Spain, 2008*. Geneva: OMS.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre drogas*. Madrid: Delegación Nacional del Plan Nacional sobre Drogas.
- Plutchik, R., Van Praag, H. M., Conte, H. R. y Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 30, 296-302.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Brunetti, S., Tatarelli, R. y Girardi, P. (2007). Gender effects among undergraduates relating to suicide risk, impulsivity, aggression and self-efficacy. *Personality and individual differences*, 43, 2047-2056.
- Rihmer, Z. (2001). Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *European Psychiatry*, 16, 406-409.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Revista de Archivos de Neurobiología*, 61(4), 307-315.
- Sanchís, F. y Simón, A. (2012). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología*, 33(1), 39-50.
- Saunders, J. B., Aasland, O. B., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Journal of Addiction*, 88, 791-804.
- Sheikh, S. G. y Bashir, T. Z. (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy: comparison between alcoholics and heroin addicts. *Addictive Behaviors*, 29, 753-758.
- Sher, L., Oquendo, M. A., Richardson-Vejlgaard, R., Makhija, N. M., Posner, K., Mann, J. J. y Stanley, B. H. (2009). Effect of acute alcohol use on

the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders.

Journal of psychiatric research, 43, 901-905.

Strowig, A. B. (2000). Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction the prominence of depressed mood. *Journal of substance abuse treatment*, 19, 469-474.

Tuisku, V., Pelkonen, M., Kiviruusu, O., Karlsson, L. y Marttunen, M. (2012). Alcohol use and psychiatric comorbid disorders predict deliberate self-harm behaviour and other suicidality among depressed adolescent outpatients in 1-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 268-75.

Wetterling, T. y Schneider, B. (2013). Alcohol Intoxication and Suicidality. *Psychiatrische Praxis*, 40(5), 259-263.

Wojnar, M., Ilgen, M. A., Czyz, E., Strobbe, S., Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., Glass, J. y Brower, K. J. (2009). Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of affective disorders*, 115, 131-139.

Wojnar, M., Ilgen, M. A., Jakubczyk, A., Wnorowska, A., Klimkiewicz, A. y Brower, K. J. (2008). Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 268-27

