

UNIVERSIDAD DE DEUSTO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
SECCIÓN PSICOLOGÍA

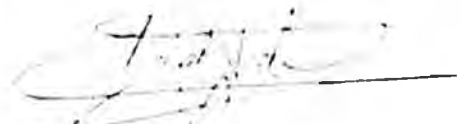
"PERCEPCIÓN DE CONTROL Y AFRONTAMIENTO EN  
EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL  
ALCOHÓLICO"

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR DÑA. ISABEL VIELVA PÉREZ  
DIRIGIDA POR EL Dr. DON JAVIER BURÓN OREJAS

EL DIRECTOR



LA DOCTORANDA



BILBAO, ENERO 1994

## AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas e instituciones a las que quiero manifestar mi agradecimiento. Su inestimable ayuda ha contribuido, sin duda, a que este trabajo de Tesis Doctoral haya llegado a buen fin.

En primer lugar, le estoy muy agradecida al Ministerio de Educación y Ciencia por su confianza al otorgarme una beca predoctoral de cuatro años para la realización de este trabajo. Igualmente agradecida le estoy a mi director, el Dr. Javier Burón, por toda su ayuda, su labor crítica y su paciencia a lo largo de este tiempo.

Quiero hacer extender mi más sincero agradecimiento a los siguientes profesores por la acogida y las enseñanzas que me brindaron durante mis estancias en sus respectivos departamentos: al Dr. Paul T.P. Wong, de la Universidad de Trent y Toronto; al Dr. Richard K. Lore y al Centro de Estudios de Alcohol de la Universidad Pública de Nueva Jersey; a la Dra. Helen M. Annis, de la Fundación para la Investigación de las Adicciones de Toronto; y al Dr. G. Alan Marlatt, del Centro de Investigación de Conductas Adictivas de la Universidad de Washington.

Así mismo, quiero dar las gracias a los centros de salud mental y módulos psicosociales del Bajo Ibaizábal (Vizcaya), a la clínica Indauchu, a las asociaciones de alcohólicos (Alcohólicos Anónimos y Cruz de Oro), a Cáritas, y muy especialmente a todos aquellos profesionales y alcohólicos que se ofrecieron desinteresadamente a participar en este estudio y a enseñarme con sus valiosas experiencias. Gracias también al Servicio Vasco de Salud y al Servicio de Salud Mental de Extrahospitalarios de Vizcaya, por su disponibilidad a ofrecerme los datos necesarios concernientes a la incidencia del alcoholismo en nuestra comunidad.

Finalmente, pero no con menos entusiasmo, agradezco mucho el apoyo moral y material que he recibido de mi familia, de mis compañeros del despacho, de mis amigos, de profesores y de la Universidad de Deusto en general. Y, por último, un agradecimiento muy, muy especial a mis padres por su cariño, su entrega y su respaldo constantes, y porque creo que ellos son los primeros que, sin lugar a dudas, han hecho posible que yo presente hoy aquí este trabajo.

*Al enfermo alcohólico,  
verdadero protagonista de este estudio,  
con mis mejores deseos de rehabilitación.*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
--------------------	---

## PARTE I: MARCO TEÓRICO

### SECCIÓN I: REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES "PERCEPCIÓN DE CONTROL" Y "AFRONTAMIENTO"

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN AL ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL Y CLARIFICACIÓN DE CONCEPTOS...</b>	<b>14</b>
1. EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL .....	15
1.1. El enfoque cognitivo de la personalidad .....	21
1.2. Las cogniciones y la psicoterapia .....	23
2. PERCEPCIÓN DE CONTROL Y AFRONTAMIENTO .....	25
 <b>CAPÍTULO II: LAS EXPECTATIVAS DE CONTROL COMO DETERMINANTES DE LA CONDUCTA .....</b>	 <b>29</b>
1. CONCEPTO Y CLASES DE EXPECTATIVAS .....	30
2. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE LA PERSONALIDAD .....	33
2.1. Principios y conceptos de la teoría del aprendizaje social de Rotter .....	33
2.2. La teoría del aprendizaje social cognitivo de Bandura .....	39
3. EXPECTATIVA DE LUGAR DE CONTROL SOBRE EL REFUERZO: PERCEPCIÓN DE CONTINGENCIA .....	41
3.1. Concepto de expectativa de lugar de control .....	41
3.2. Orígenes del concepto de "lugar de control" .....	43
3.3. Expectativas generalizadas y específicas .....	44
3.4. Importancia de las expectativas de lugar de control .....	47
4. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA: PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA .....	52
4.1. Concepto y justificación de las expectativas de autoeficacia .....	52
4.2. Importancia de la autoeficacia .....	54
4.3. Fuentes de la autoeficacia .....	58

5. DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE LUGAR DE CONTROL Y DE AUTOEFICACIA .....	61
<b>CAPÍTULO III: LAS ATRIBUCIONES CAUSALES COMO DETERMINANTES DE LAS EXPECTATIVAS .....</b>	<b>66</b>
1. CONCEPTO Y ORÍGENES DE LAS ATRIBUCIONES CAUSALES .....	67
2. EL ENFOQUE ATRIBUCIONAL Y SUS PRINCIPIOS GENERALES .....	69
3. MODELO ATRIBUCIONAL DE WEINER .....	72
3.1. Análisis causal .....	74
3.1.1. Factores causales .....	75
3.1.2. Dimensiones causales .....	76
3.1.3. Antecedentes del análisis causal .....	79
3.2. Consecuencias atribucionales .....	81
3.2.1. Atribuciones causales y expectativa .....	83
3.2.2. Atribuciones causales y reacciones afectivas .....	85
3.2.3. Atribuciones causales y comportamiento .....	86
3.3. Implicaciones terapéuticas del modelo atribucional .....	89
3.3.1. Terapia atribucional .....	91
4. DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE LA ATRIBUCIÓN CAUSAL Y LA EXPECTATIVA DE LUGAR DE CONTROL .....	93
5. PERCEPCIÓN DE CONTROL: UN CONCEPTO INTEGRADOR .....	96
<b>CAPÍTULO IV: EL AFRONTAMIENTO .....</b>	<b>100</b>
1. CONCEPTO Y ORÍGENES DEL AFRONTAMIENTO .....	101
2. CLASIFICACIÓN DE LA RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO .....	105
2.1. Formulación tradicional y actual del afrontamiento .....	105
2.2. Clasificación del afrontamiento por el método, el enfoque y la forma .....	107
3. FACTORES QUE EXPLICAN LA RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO .....	111
3.1. Proceso de evaluación cognitiva .....	112
3.2. Recursos de afrontamiento .....	115
4. IMPORTANCIA DEL AFRONTAMIENTO EN LA ADAPTACIÓN Y LA SALUD .....	119
<b>SÍNTESIS SECCIÓN I .....</b>	<b>127</b>

**SECCIÓN II: IMPLICACIONES DE LAS VARIABLES "PERCEPCIÓN DE CONTROL" Y "AFRONTAMIENTO" EN EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN DEL ALCOHÓLICO**

<b>CAPÍTULO V:</b>	<b>EL ALCOHOLISMO .....</b>	<b>136</b>
1.	INTRODUCCIÓN A LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOLISMO .....	137
1.1.	Definición de alcoholismo o síndrome de dependencia del alcohol .....	137
1.2.	Dificultades en el tratamiento del alcoholismo .....	142
2.	MODELOS EXPLICATIVOS DEL ALCOHOLISMO .....	146
2.1.	Modelo biomédico de enfermedad .....	147
2.1.1.	Etiología y desarrollo del trastorno .....	147
2.1.2.	Tratamiento del trastorno .....	148
2.2.	Modelo psicológico de conducta adictiva .....	150
2.2.1.	Etiología y desarrollo del trastorno .....	152
2.2.2.	Tratamiento del trastorno .....	155
2.3.	Modelo biopsicosocial .....	158
3.	UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN .....	164
3.1.	Prevención de recaída .....	165
<b>CAPÍTULO VI:</b>	<b>LAS EXPECTATIVAS DE CONTROL EN LA REHABILITACIÓN DEL ALCOHÓLICO .....</b>	<b>174</b>
1.	INTRODUCCIÓN .....	175
2.	LA EXPECTATIVA DE LUGAR DE CONTROL EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO .....	180
2.1.	Interés de esta variable en el tratamiento .....	180
2.2.	Expectativas generalizadas de lugar de control .....	182
2.3.	Expectativas específicas sobre la adicción .....	187
3.	LA EXPECTATIVA DE AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO .....	192
3.1.	Interés de esta variable en el tratamiento .....	192
3.2.	Estudios realizados .....	195
3.3.	Implicaciones de la autoeficacia en el tratamiento .....	198

<b>CAPÍTULO VII: LAS ATRIBUCIONES CAUSALES EN LA REHABILITACIÓN DEL ALCOHÓLICO .....</b>	<b>203</b>
1. INTRODUCCIÓN .....	204
2. REVISIÓN DE ESTUDIOS .....	206
3. EL ANÁLISIS ATRIBUCIONAL DEL PROCESO DE RECAÍDA SEGÚN MARLATT .....	210
4. APLICACIÓN DEL MODELO DE WEINER A LA REHABILITACIÓN DEL ALCOHÓLICO .....	216
4.1. Análisis causal y atribuciones causales .....	218
4.2. Consecuencias atribucionales: la expectativa, las emociones y la conducta .....	221
4.3. Implicaciones terapéuticas .....	225
 <b>CAPÍTULO VIII: EL AFRONTAMIENTO EN LA REHABILITACIÓN DEL ALCOHÓLICO .....</b>	 <b>232</b>
1. INTRODUCCIÓN .....	233
2. LINEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL AFRONTAMIENTO .....	234
3. AFRONTAMIENTO DE LA ADICCIÓN Y SUS IMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHÓLICO .....	237
3.1. Respuestas de afrontamiento .....	240
3.2. Habilidades de afrontamiento .....	246
4. DETERMINANTES DEL AFRONTAMIENTO .....	250
 <b>SÍNTESIS SECCIÓN II .....</b>	 <b>257</b>

## PARTE II: MARCO EMPÍRICO

<b>CAPÍTULO IX: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO EMPÍRICO .....</b>	<b>267</b>
1. OBJETIVOS .....	268
2. HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	270
2.1. Hipótesis .....	270
2.2. Variables .....	272
2.2.1. Variables psicológicas.....	273
2.2.2. Variables sociodemográficas .....	275
2.2.3. Variables de historia de alcoholismo.....	276

3. METODOLOGÍA .....	279
3.1. Descripción de la muestra .....	279
3.2. Instrumentos de medida .....	287
3.2.1. Características de los instrumentos .....	287
3.2.2. Adaptación, factorización y fiabilidad de los cuestionarios .....	294
3.3. Procedimiento .....	304
3.4. Análisis estadísticos .....	307
<b>CAPÍTULO X: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>308</b>
<b>1. RESULTADOS .....</b>	<b>309</b>
1.1. Fase primera .....	309
1.1.1. Hipótesis 1: Percepción de control (atribuciones y expectativas) .....	310
1.1.2. Hipótesis 2: Percepción de control y afrontamiento .....	312
1.1.3. Hipótesis 3: Percepción de control y abstinencia .....	315
1.1.4. Hipótesis 4: Afrontamiento y abstinencia .....	320
1.1.5. Hipótesis 5: Variables sociodemográficas y abstinencia .....	323
1.1.6. Hipótesis 6: Variables de cronicidad y abstinencia .....	323
1.1.7. Conclusiones .....	326
1.2. Fase segunda .....	330
1.2.1. Hipótesis 7: Variables sociodemográficas y de cronicidad y recaída .....	333
1.2.2. Hipótesis 8: Percepción de control y afrontamiento y recaída .....	337
1.2.3. Conclusiones .....	340
<b>2. DISCUSIÓN .....</b>	<b>341</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>356</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>365</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>411</b>

# **INTRODUCCIÓN**

El fin de este trabajo de investigación es contribuir desde la psicología al estudio del tratamiento y de la rehabilitación del alcohólico. Para ello, se investiga el papel que desempeñan ciertas variables psicológicas en este proceso terapéutico. Las variables investigadas son la "percepción de control" sobre la adicción y el "afrentamiento" del problema del alcoholismo, y el objetivo que se persigue es analizar la relación de estas variables con la abstinencia y/o recaída en una muestra de alcohólicos que reciben tratamiento en la provincia de Vizcaya.

Dos son las razones que nos han llevado a realizar este estudio y que serán comentadas posteriormente: en primer lugar, el alcoholismo constituye uno de los problemas de salud más graves que afectan a nuestra sociedad y, como tal, requiere estudios dirigidos a su prevención, y a la asistencia y reinserción de los afectados; en segundo lugar, y en relación con la asistencia, el alcohólico que solicita tratamiento para dejar de beber tropieza con serias dificultades para hacerlo y, más concretamente, para mantener la abstinencia de forma definitiva, condición que se considera necesaria para su rehabilitación.

El alcohol, aunque droga, tiene unas connotaciones sociales diferentes a las de cualquier otra sustancia tóxica (heroína, cocaína, hachís...). El consumo de alcohol goza, y ha gozado, de una gran aceptación y permisividad en prácticamente todas las sociedades existentes. Es un elemento casi imprescindible en muchas ceremonias y acontecimientos sociales (nacimientos, bodas, despedidas, fiestas, reuniones...) e, incluso, en el "quehacer diario"; es decir, el "beber un trago" es para muchas personas una actividad más entre las muchas que realizan diariamente.

Pero, a pesar de su popularidad y arraigo, no hay que olvidar que el alcohol es una droga poderosa susceptible de provocar dependencia en la persona que lo consume de forma excesiva y continuada. Y es aquí cuando el alcohol y su consecuencia más dramática, el alcoholismo, se convierten en un grave problema de salud que exige la intervención de distintos profesionales e instituciones. Tres son los motivos, entre otros, que justifican dicha gravedad: la consideración del alcoholismo como problema de salud individual y social (esto es, público), su elevada incidencia y el consumo abusivo de alcohol por parte de la juventud.

A nivel individual, el alcoholismo, o dependencia del alcohol, se define como un trastorno caracterizado por la compulsión a tomar alcohol aún a sabiendas de que

ocasiona graves peligros para la salud y adaptación del que lo consume. El alcoholismo es causa de graves problemas físicos (hepatitis, cirrosis, miocardiopatías, neuropatías...) y psíquicos (depresión, ansiedad, pérdida de memoria, amnesia, delirium, alucinosis alcohólica, demencia), que por sí solos hacen que el afectado necesite una atención sanitaria específica.

Sin embargo, el alcoholismo, como decíamos, no sólo es un problema individual. Las consecuencias que origina a nivel familiar (discusiones, abandono de las responsabilidades familiares, separación, divorcio), social (alteración del orden público, accidentes de tráfico), laboral (pérdida del rendimiento y capacidad productiva, accidentes durante el desempeño del trabajo, absentismo, invalidez), sanitario (gastos asistenciales), etc., comprometen seriamente el bienestar y la seguridad generales, y le convierten en un **problema de salud pública**.

La **incidencia del alcoholismo** en la población es otra de las razones de la gravedad de este problema y de la preocupación que existe en torno a él. Se estima, aproximadamente, que 1 de cada 10 personas es alcohólica o está en grave riesgo de serlo. El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R, 1987), basándose en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos durante los años 1980-83, indica que el 13% de la población adulta cumplía los requisitos para ser diagnosticado de abuso o dependencia del alcohol. En España, una encuesta realizada por ICESA-GALLUP en 1980, aporta cifras similares: 1 de cada 13 individuos es alcohólico (Dirección General de Salud Pública, 1984). Más recientemente, Gil y colaboradores (1992) han publicado un trabajo que realizaron en 1989 del que se desprende que el 7,3% de la población adulta española es consumidora "excesiva" <sup>1</sup> de alcohol. En lo que se refiere al País Vasco, lugar donde se ha realizado el presente trabajo, existen diversos estudios epidemiológicos que manejan cifras de "sospechosos alcohólicos" <sup>2</sup> que oscilan desde el 15% (Marquinez et al., 1983), el 11% (Anitúa & Begiristain, 1987) hasta el 7% (Elzo et al., 1992) entre la población adulta.

Otras estadísticas que indican la elevada incidencia del alcoholismo en la Comunidad Autónoma Vasca son las proporcionadas por el Servicio Vasco de Salud. En

---

<sup>1</sup> Se considera consumidor "excesivo" a aquella persona que consume más de 700 grs. de alcohol a la semana.

<sup>2</sup> Según estos estudios, se consideran "sospechosos alcohólicos" aquellas personas que consumen una cantidad de alcohol que supera los 150 cc. diarios.

1992 se registró que de todos los pacientes que fueron atendidos en la Red Ambulatoria de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental casi un 9% (3.009 pacientes) presentaba problemas de alcoholismo. De estos 3.009 pacientes, 1.990 correspondieron a la provincia de Vizcaya. Y se da por seguro que estas cifras reflejan una tasa de alcoholismo inferior a la real debido a una o varias de las siguientes causas: muchos afectados no están diagnosticados como alcohólicos por presentar otros trastornos mentales, no acuden a ningún tratamiento, reciben asistencia en centros privados y/o van a las asociaciones de autoayuda.

Finalmente, otro motivo por el que el alcoholismo está siendo objeto de preocupación e interés por parte de diferentes profesionales es el **consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes y a edades cada vez más tempranas**. Es un hecho constatado que los jóvenes de hoy en día acostumbran a iniciarse en el uso del alcohol antes que los jóvenes de épocas anteriores, con todas las consecuencias negativas que ello implica: bajo rendimiento escolar, deterioro de la salud, accidentes de tráfico, etc. Elzo y sus colaboradores (1992) indican en su estudio que el porcentaje de jóvenes, de edades comprendidas entre los 15 y los 25 años, que se convierten en "bebedores excesivos"<sup>3</sup> o "sospechosos alcohólicos" durante los fines de semana se aproxima al 25%.

El consumo tan precoz y excesivo que se observa entre la juventud ha empezado a dejar su huella en forma de cuadros de abuso, e incluso de dependencia, del alcohol en adolescentes. Como dice Rodríguez-Martos (1989), no será de extrañar que cada vez nos encontremos con más enfermos alcohólicos entre los jóvenes.

Las consecuencias individuales y sociales del alcoholismo, su elevada incidencia y el consumo abusivo de alcohol por parte de la juventud, unido a la cada vez más temprana iniciación en él, hacen que el alcoholismo se considere un problema de primera magnitud y que se requieran esfuerzos y estudios que contribuyan, por una parte, a su prevención y, por otra, a su tratamiento. Estas ideas de la gravedad que está adquiriendo el alcoholismo en nuestra sociedad y la necesidad de que se dediquen todos los esfuerzos y medios posibles para luchar contra él se recogen en la siguiente cita extraída de un debate sobre las drogodependencias celebrado recientemente en la Comunidad Autónoma Vasca:

---

<sup>3</sup> De acuerdo con este trabajo, se consideran "bebedores excesivos" aquellas personas que consumen cantidades de alcohol que oscilan entre los 80 y los 150 cc. diarios.

*"Que el alcoholismo es la principal y más grave drogodependencia en nuestra comunidad y en los países de nuestro entorno socio cultural, es un hecho aceptado que debería servir por sí mismo para multiplicar los desvelos de cualquier Administración" (Gobierno Vasco, 1992, p. 137).*

El alcoholismo o la dependencia del alcohol, una vez desarrollado, y como trastorno que es, necesita en la mayoría de las ocasiones una asistencia, un tratamiento, para que el afectado se rehabilite. Este tratamiento consiste básicamente en que el alcohólico supere la necesidad que experimenta de tomar alcohol y sepa mantenerse en abstinencia de forma definitiva. Dejar de beber se convierte entonces en el objetivo prioritario de toda intervención terapéutica, pero también en el principal problema. Abandonar la bebida, reprimir el deseo y la necesidad de beber durante unos días o meses es relativamente fácil para la mayoría de los alcohólicos; lo que es más difícil es que se mantengan en abstinencia sin recaídas, sin vueltas al consumo de alcohol. Pero las recaídas, tal y como se refleja en la literatura referente al tema y en la práctica clínica, son un fenómeno muy frecuente en el tratamiento de este trastorno, en especial una vez que éste termina o, incluso, mientras transcurre. Hunt, Barnett y Branch (1971) y Gorski (1982), entre otros, informan de tasas de recaída del 60% al año de terminar el tratamiento.

La frecuencia de las recaídas hace que sea necesario y urgente buscar explicaciones a este fenómeno, conocer qué factores o variables están asociados con su presencia o ausencia. Y esta es la segunda razón por la que hemos decidido realizar el presente trabajo: identificar variables que expliquen y predigan la abstinencia y, en su defecto, la recaída. Se asume que el conocimiento de estos factores permitirá desarrollar estrategias terapéuticas más eficaces que ayuden a prevenir, o reducir, las recaídas. El ahorro que en costes humano, familiar, social y económico supondría la aplicación de tratamientos efectivos es incalculable.

En un intento de comprender los distintos factores que puedan estar involucrados: en la prevención de la recaída y en el proceso mismo de recuperación, la postura más comprensiva es la de adoptar un modelo multidimensional, que, como su propio nombre indica, abarque y reconozca las diferentes dimensiones (física, psicológica y social) que tiene el trastorno. Este modelo se ha convenido en llamar modelo biopsicosocial, y considera que el alcoholismo es un trastorno con implicaciones

biológicas, psicológicas y ambientales, y ello en la triple vertiente del problema: origen, desarrollo y tratamiento.

Partiendo de este modelo biopsicosocial, nuestro trabajo se centra en la dimensión psicológica del tratamiento del trastorno, y tiene como objetivo general contribuir a la identificación de factores psicológicos que se asocian con un buen resultado terapéutico. Los factores psicológicos estudiados son la "*percepción de control*" y el "*afrontamiento*", y el enfoque teórico adoptado para su estudio es el *cognitivo-conductual*.

En líneas generales, el enfoque cognitivo-conductual mantiene que la creencia de ser capaz de hacer frente a la tentación de beber es esencial para la recuperación del alcohólico. Tener la convicción de que es posible superar la adicción favorece el afrontamiento activo del problema y la asunción de responsabilidad por su solución, lo que, a su vez, facilita el mantenimiento de la abstinencia. Por el contrario, asumir que la adicción es incontrolable, que nada se puede hacer contra ella (creencia bastante extendida entre la población alcohólica), conduce a posturas pasivas y a la resignación, lo cual dificulta seriamente la rehabilitación del alcohólico. De acuerdo con este planteamiento, la percepción de control y el afrontamiento activo se convierten en recursos psicológicos necesarios para prevenir la recaída y, por tanto, deben ser potenciados, desarrollados, en el tratamiento de todo alcohólico.

Siguiendo la línea del enfoque cognitivo-conductual, el objeto de esta investigación será doble: por un lado, analizar estos recursos psicológicos llamados "*percepción de control*" y "*afrontamiento*", los estudios realizados y las estrategias desarrolladas a partir de los resultados de estos estudios; por otro lado, demostrar si, como se presupone, dichos factores se asocian positivamente con el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de la recaída en una muestra de alcohólicos que reciben asistencia en centros y asociaciones de nuestra comunidad.

Para una mejor comprensión del trabajo, y de acuerdo con el doble objetivo que nos hemos propuesto, se ha dividido la tesis en dos partes: un marco teórico y un marco empírico.

En el marco teórico se revisan el origen y el desarrollo de las teorías que sustentan las variables de estudio (*percepción de control* y *afrontamiento*), los resultados

que se han obtenido en el estudio de estas variables y las implicaciones terapéuticas que se pueden derivar de ellas. Este marco teórico se ha subdividido, a su vez, en dos secciones.

Una primera sección que hemos titulado "*Revisión teórica de las variables percepción de control y afrontamiento*". En esta sección, que comprende cuatro capítulos, se dan a conocer las "herramientas" de trabajo utilizadas en este estudio.

El primer capítulo es una introducción al enfoque que sustenta la tesis: el enfoque cognitivo-conductual. También se introduce en este capítulo de forma general el concepto de las variables "percepción de control" y "afrontamiento". Para conocer la percepción de control que tiene una persona sobre un suceso determinado, recurrimos, a su vez, a dos conceptos o variables: las "expectativas de control" y las "atribuciones causales". Por tanto, las variables en las que se va a centrar este estudio son tres: expectativas de control, atribuciones causales y afrontamiento.

Los siguientes capítulos están dedicados a un estudio más pormenorizado de cada una de las variables recién mencionadas. En el segundo capítulo se revisa el concepto de "expectativas de control". Las expectativas son creencias referidas al futuro, son las anticipaciones que se hacen respecto de un suceso, y, como veremos, son determinantes importantes de la conducta que adopta la persona.

En el tercer capítulo se repasa el concepto de "atribuciones causales" y el modelo atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979, 1985b). El término de atribución se refiere a la explicación causal que se da a los hechos que ocurren en la vida; responde a la pregunta "¿por qué ha ocurrido?", y se asume que las explicaciones que damos determinan en parte nuestras expectativas. Las atribuciones causales, junto con las expectativas, forman lo que hemos llamado "percepción de control".

Y el capítulo cuarto se dedica a la variable "afrontamiento", definido como el modo de proceder de las personas cuando se encuentran con situaciones problemáticas; es la forma de comportarse, de reaccionar, y se sostiene, desde el enfoque cognitivo-conductual, que esta forma de comportarse está determinada, en gran medida, por la percepción de control que se tiene sobre las situaciones.

Finalmente, se presenta una síntesis en la que se resumen las definiciones y las características principales de cada una de las variables estudiadas (expectativas de control, atribuciones causales y afrontamiento), y se indica la relación que existe entre ellas.

La segunda sección tiene por título "*Implicaciones de las variables percepción de control y afrontamiento en el tratamiento y la rehabilitación del alcohólico*". Esta sección tiene como objeto revisar aquellos estudios que relacionan de una u otra forma nuestras variables de estudio con el alcoholismo. Junto con esta revisión, se intenta desarrollar y relacionar cada una de las variables con las otras, de tal forma que el estudio cobre sentido y coherencia. Así mismo, se ofrecen en cada capítulo algunas estrategias terapéuticas derivadas del enfoque cognitivo-conductual que, según este enfoque, favorecen el tratamiento del alcohólico y el mantenimiento de la abstinencia.

La sección II contiene cuatro capítulos y su estructura corre paralela a la de los capítulos de la primera sección. El capítulo quinto es una introducción a la problemática del alcoholismo y un repaso de distintos modelos teóricos que se han propuesto para explicar el trastorno así como el fenómeno de la recaída. Estos modelos son el modelo biomédico tradicional, el modelo psicológico de conducta adictiva y el modelo biopsicosocial. El capítulo termina haciendo un mayor hincapié en el enfoque cognitivo-conductual, nuestro marco teórico de referencia, así como en los factores que se han encontrado asociados, desde este enfoque, a un buen y mal pronóstico del trastorno. Algunos de estos factores son las variables que han sido revisadas en la sección I y constituyen el objeto de los siguientes tres capítulos.

El sexto capítulo se dedica al estudio y revisión de los trabajos realizados con la variable "expectativas de control". En el caso que nos ocupa, las expectativas de control son las creencias que tiene el alcohólico sobre la posibilidad de dejar de beber. El objeto de este capítulo es conocer la relación que guarda esta creencia con la abstinencia y la recaída en los alcohólicos sometidos a tratamiento.

El séptimo capítulo se refiere a la variable "atribuciones causales" y a los distintos estudios que se han realizado sobre ella; se propone así mismo una aplicación del modelo atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979, 1985b) al tratamiento y rehabilitación del alcohólico. Las atribuciones causales, en este contexto, se refieren a las explicaciones causales que da el alcohólico de su abstinencia y/o recaídas. Explicaciones causales y expectativas de control sobre la adicción constituyen lo que hemos

denominado "percepción de control", y, según los trabajos realizados, parecen jugar un papel importante en el mantenimiento de la abstinencia.

Por último, el capítulo octavo se dedica a estudiar la forma en que los alcohólicos, tanto abstinentes como reincidentes, "afrota" su problema y las distintas situaciones que les incitan a beber; es decir, qué hacen ante su problema, cómo reaccionan cuando se encuentra con situaciones 'conflictivas'. Los distintos estudios llevados a cabo muestran, por lo general, importantes diferencias en afrontamiento entre los alcohólicos abstinentes y los que recaen, y proponen diferentes estrategias terapéuticas para dotar al afectado de respuestas alternativas al beber cuando se encuentra con la tentación de consumir alcohol.

Para acabar, se presenta una síntesis en la que se resume la importancia y utilidad del enfoque cognitivo-conductual y de las distintas variables que se han ido estudiando (percepción de control y afrontamiento) en el mantenimiento de la abstinencia y rehabilitación del alcohólico.

Finalizado el marco teórico, se da paso al **marco empírico**. En él se describe el estudio de campo que se ha realizado para demostrar la hipótesis principal de esta investigación: si la percepción de control y el afrontamiento adecuado del problema de alcoholismo se asocian con la abstinencia, y si ambas variables (percepción de control y afrontamiento) diferencian a los alcohólicos abstinentes de los reincidentes.

El marco empírico está formado por dos capítulos. En el primero (noveno de la tesis) se enuncian los objetivos e hipótesis del estudio y se describe la metodología que se ha empleado para su realización. Dentro de la metodología se detalla la muestra de alcohólicos utilizada, los instrumentos de medida empleados para medir las variables de estudio y el procedimiento seguido. En el segundo capítulo (décimo de la tesis) se presentan los resultados obtenidos, hipótesis por hipótesis, y se termina con la discusión de los mismos.

En líneas generales, el estudio de campo se realiza con 201 alcohólicos que en el momento de ser entrevistados reciben tratamiento médico en centros de Salud Mental y/o acuden a asociaciones de autoayuda en la provincia de Vizcaya, concretamente en la zona denominada Bajo Ibaizábal. El trabajo consta de dos fases: una primera en la que se realiza una evaluación de los sujetos en tres grupos de variables: psicológicas (percepción de control y afrontamiento), sociodemográficas y de historia de alcoholismo o cronicidad.

El objetivo de esta primera fase es conocer las variables que se asocian positivamente con un mayor mantenimiento de la abstinencia, y observar qué variables diferencian a los alcohólicos que se encuentran en "proceso de rehabilitación" de los que se encuentran "rehabilitados". La segunda fase es un estudio de seguimiento en el que los sujetos son de nuevo entrevistados a los 6 meses de haberse realizado la evaluación, con el fin de descubrir qué variables discriminan a los sujetos que han recaído de los que han mantenido su abstinencia durante este período.

Terminado el marco empírico, la tesis finaliza con la presentación de unas conclusiones en las que se analizan la utilidad y aplicabilidad de las variables "percepción de control" y "afrontamiento" en el tratamiento y la rehabilitación del alcohólico; así mismo, se señalan algunas limitaciones del presente trabajo y se proponen sugerencias y/o alternativas que guíen futuras investigaciones.

**PARTE I: MARCO  
TEÓRICO**

## SECCIÓN I

### REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES "PERCEPCIÓN DE CONTROL" Y "AFRONTAMIENTO"

Antes de pasar a considerar la utilidad e implicaciones de las variables "percepción de control" y "afrentamiento" en el tratamiento del alcohólico, hemos dedicado una sección al estudio teórico de estas variables y al enfoque cognitivo-conductual del que proceden. Conocer las teorías en las que dichas variables fueron desarrolladas, las características que las definen, los estudios realizados y sus resultados ayudará a comprender el alcance y las implicaciones que estas variables tienen en el tratamiento y la rehabilitación del alcohólico.

Esta sección se ha dividido en cuatro capítulos. El primero de ellos está dedicado a introducir de manera general el enfoque cognitivo-conductual y las variables de estudio. Los capítulos 2 y 3 se destinan a las "expectativas de control" y a las "atribuciones causales", respectivamente, que en su conjunto forman lo que hemos denominado 'percepción de control'. El último capítulo de la sección, el 4º, se dedica al estudio del "afrentamiento".

**CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN AL  
ENFOQUE COGNITIVO-  
CONDUCTUAL Y  
CLARIFICACIÓN DE CONCEPTOS**

Este capítulo tiene como objetivo introducir de forma general las variables con las que se va a trabajar en esta investigación, la percepción de control y el afrontamiento, así como el enfoque cognitivo-conductual del que derivan. Esta introducción pretende con ello ayudar a comprender la filosofía del marco teórico que sustenta el presente trabajo.

## 1. EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Una de las grandes preocupaciones de la psicología a lo largo de su historia ha sido entender la conducta humana, por qué la persona actúa de la forma en que lo hace, qué le motiva a actuar de uno u otro modo (consideremos algún ejemplo: por qué un individuo es alcohólico, por qué no deja de beber, por qué suspende este alumno, por qué esta persona es tan decidida y consigue lo que se propone o por qué aquella decide poner fin a su vida). Muchas han sido las teorías que han tratado de contestar a estas preguntas, intentando para ello identificar los determinantes o las causas de la conducta. Se asume que el conocimiento de las causas permitirá comprender, explicar, predecir y/o modificar, cuando sea conveniente, el comportamiento. Entre las teorías que intentan descubrir estos determinantes destaca el llamado enfoque *cognitivo-conductual*.

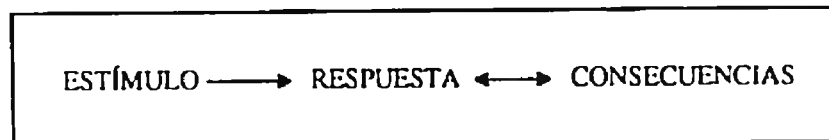
El enfoque cognitivo-conductual surge y se desarrolla en la década de los años 70 como alternativa a la teoría que domina entonces el panorama psicológico: el conductismo, que surge, a su vez, frente al internalismo. Podría decirse que los movimientos pendulares son característicos de la historia psicológica, donde las nuevas tendencias surgen como oposición a las anteriores.

En primer lugar, domina el **internalismo** en la escena psicológica. Esta corriente representa la tradición psicológica y asume que los determinantes de la conducta residen en el interior de la persona. Dichos determinantes se manifiestan en forma de necesidades, impulsos, recuerdos o energías psíquicas, que operan por debajo del umbral de la conciencia y se asume que son las causas del comportamiento. La persona, por

tanto, actúa de la forma en que lo hace empujada por ciertas necesidades, impulsos o recuerdos. La solución de problemas, para el internalismo, pasa por la introspección y toma de consciencia del propio funcionamiento. Un ejemplo de esta perspectiva lo constituye la orientación psicoanalítica.

Por su parte, el **conductismo** defiende que los determinantes de la conducta son externos, se hallan en el medio ambiente. Con Skinner (1953) a la cabeza, este movimiento de principios y mediados de siglo considera que los eventos internos (recuerdos, impulsos, pensamientos, creencias, etc.) son epifenómenos, esto es, fenómenos que están más allá de la observación y medida, y califica de poca o nula su importancia en la adquisición y modificación de comportamientos.

La conducta, según el conductismo, se explica por las condiciones ambientales que la evocan y se mantiene por las consecuencias que origina en el ambiente (tomemos como ejemplo, el acto de beber). Sostiene que para comprender una conducta es necesario hacer un análisis funcional de los vínculos entre esta conducta y la situación en la que es emitida. Dicho análisis consiste básicamente, como se puede observar en el gráfico 1, en la determinación de los antecedentes o estímulos que la provocan (en el caso de beber, la presión social o la experimentación de estados de ánimo negativos favorecen el consumo de alcohol) y las consecuencias que la mantienen (la aprobación social que se deriva del acto de beber o la animación, relajación, que se siente al consumir alcohol), fenómenos ambos claramente observables y medibles. El tratamiento de los problemas consistirá, consecuentemente, en la manipulación del ambiente: en cambiar los antecedentes y/o los consecuentes que siguen a una conducta disfuncional.



(Gráfico 1. Análisis funcional de la adquisición y el mantenimiento de la conducta según el conductismo puro).

A pesar de la popularidad de que gozaron estas dos perspectivas, el internalismo y el conductismo, sus limitaciones son evidentes, entre las que se pueden destacar las siguientes:

- La *tradición internalista* recibe críticas por su escaso valor predictivo. Por un lado, los llamados determinantes internos se infieren de la conducta de la que se suponen son causas, por lo que la descripción sirve también como explicación (por ejemplo, a partir de una conducta agresiva o irascible, se deriva el impulso de agresividad). Por otro lado, estos determinantes no pueden explicar el hecho de que la frecuencia y la fuerza de una determinada conducta varíen tanto según las circunstancias, las personas y los momentos.

- La *perspectiva conductista*, por su parte, recibe críticas principalmente debido a su concepción simplista y mecanicista de la conducta. Al considerar que la persona actúa en función de las circunstancias externas, la relega a una posición pasiva en la que su único papel es meramente responder, reaccionar. Además reduce al hombre a conducta. El hombre es lo que hace, afirman, sin considerar que el hombre piensa y siente. Esta concepción de la conducta ha provocado poco entusiasmo en algunos sectores, debido al peligro de control externo y manipulación que entraña, e impide explicar la enorme variedad y complejidad del comportamiento humano.

A la vista de estas limitaciones, se hace necesaria una reconciliación entre ambas corrientes. La influencia del ambiente es real, tal y como señala el conductismo, pero también es real *la influencia que ejerce la persona* en su propia conducta y ambiente.

Debido en parte al desarrollo de las ciencias cognitivas (Delclaux & Seoane, 1982; Ibañez, 1985; Lindsay & Norman, 1983; Neisser, 1979), se empieza a asumir que la influencia que ejerce la persona sobre su conducta se debe principalmente a los procesos mentales, cognitivos, tan rechazados por el conductismo: la forma de pensar, interpretar o anticipar, entre otros, determina la conducta. La persona no es un mero receptor, no reacciona pasivamente a los acontecimientos ni se comporta guiada por impulsos o recuerdos del pasado, sino que crea, construye, transforma la realidad. Ello es posible por su capacidad cognitiva o mental. Y en contra de lo que decía el conductismo, estos procesos cognitivos son susceptibles de análisis y experimentación psicológicos (Schwartz, 1982).

La corriente que sintetiza y reconcilia las aportaciones del conductismo, por una parte, y las de la psicología cognitiva, por otra, se conoce con el nombre de **enfoque cognitivo-conductual**. Este enfoque no es propiamente una teoría, sino un cuerpo de teorías diversas que mantienen como premisa básica que la conducta humana está determinada tanto por la propia persona como por el ambiente en el que vive (Bandura, 1984; Craighead, Kazdin & Mahoney, 1976; Kanfer & Phillips, 1977; Mahoney, 1974, 1977; Mahoney & Lyddon, 1988; Meichenbaum, 1977; Pantoja, 1989; Rotter, 1954; Schwartz, 1982). Este es el enfoque teórico que aplicaremos en el estudio de la rehabilitación del alcohólico.

Para comprender la relación que defiende el enfoque cognitivo-conductual entre lo interno y lo externo, comencemos por lo interno. Este enfoque subraya el papel mediador de las cogniciones y su influencia en la adquisición y modificación de conductas. Lo que el individuo hace está condicionado por sus pensamientos o cogniciones; dependiendo de cómo interprete los sucesos y de qué anticipe, se comportará de una u otra forma. Como dice Homme (1965), no hay nada que el sujeto haga que no haya pasado antes por su mente.

Reconocida la importancia que tienen las cogniciones, surge la cuestión de qué son, qué se entiende por cogniciones. Siguiendo a Hollon y Kriss (1984) y a Schwartz (1982), representantes del enfoque cognitivo-conductual, este término engloba una gama amplia de fenómenos, que básicamente pueden agruparse en dos categorías:

1) Los *procesos o actividades cognitivos*, como la percepción, la atención, el lenguaje, el pensamiento, la memoria, la interpretación, la anticipación, la solución de problemas, la toma de decisiones, etc. Las cogniciones están implicadas, prácticamente, en cualquier actividad humana, o, como dice Schwartz (1982), "cada fenómeno psicológico es un fenómeno cognitivo o, al menos, tiene aspectos cognitivos" (p. 269).

2) Los *productos cognitivos*, que son los contenidos o resultados de las actividades arriba mencionadas: las creencias, las expectativas, las atribuciones, los autoenunciados, etc. Es decir, una cosa es la acción de

leer y otra muy distinta lo que se lee (una novela, un texto, etc.), una cosa es pensar y otra lo que se piensa.

Para los fines de esta investigación, se utilizará el término "cogniciones" en el sentido de productos, de contenidos. Y se definen como "representaciones simbólicas mediadoras entre los estímulos antecedentes y las respuestas observables, con efectos importantes en la determinación de un comportamiento dado, bien inhibiéndolo, bien incitándolo" (Schwartz, 1982). Esta definición de cogniciones puede reflejarse gráficamente de la siguiente manera:



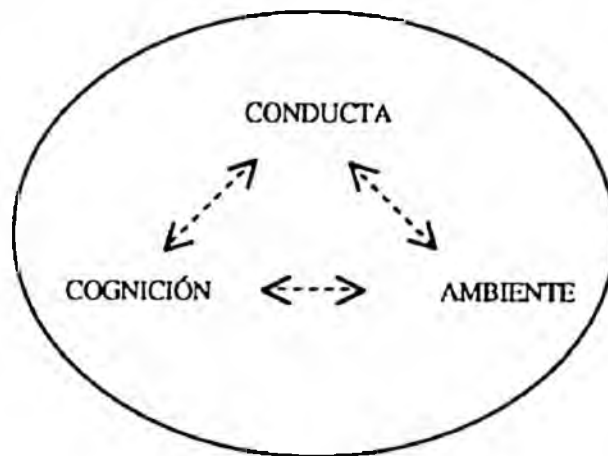
(Gráfico 2. Papel mediador de las cogniciones en la relación ambiente-conducta).

Esta idea de que las cogniciones median entre la situación ambiental en la que se encuentra el individuo y la conducta que adopte queda recogida por Craighead, Kazdin y Mahoney (1976) en estas palabras:

*"...La influencia de la interpretación y de la organización cognitiva que hace un individuo de los sucesos ambientales tiene una gran importancia. La percepción individual de los sucesos ambientales, más que los sucesos en si mismos, da razón de la conducta... (Craighead, Kazdin & Mahoney, 1976, p.134).*

De acuerdo con el enfoque cognitivo-conductual, por tanto, las cogniciones influyen en la conducta. Pero se reconoce que esta influencia cogniciones-conducta no es unidireccional. Las creencias que se asumen, lo que esperamos que suceda, condiciona la forma de comportarnos; pero, a su vez, la forma de comportarnos y los resultados que con ello obtenemos condicionan la forma en que pensamos.

Finalmente, esta relación cogniciones-conducta no se da en el vacío, sino que tiene lugar en un ambiente concreto, en unas circunstancias específicas que determinan, por su parte, las cogniciones y la conducta. Se da, de esta manera, una influencia recíproca entre los tres factores, una relación causal en la que cada factor afecta y es afectado por cada uno de los otros factores. Esta relación recíproca se puede representar del modo siguiente:



(Gráfico 3. Relación recíproca entre la conducta, las cogniciones y el ambiente).

El enfoque cognitivo-conductual, con su énfasis en los factores cognitivos, otorga a la persona un papel activo en la transformación del medio ambiente mediante su conducta. A diferencia de la perspectiva internalista, que sostenía que la conducta estaba determinada por factores internos ambiguos y poco conscientes, y de la línea conductista, que situaba el control de la conducta en las influencias ambientales, el enfoque cognitivo-conductual destaca por la confianza que deposita en el individuo de ser capaz de regular su propia conducta y ambiente. La persona, defiende, puede ejercer un cierto control sobre sus procesos de pensamiento, organizar situaciones ambientales favorables y guiar su conducta en la dirección más beneficiosa posible para su salud y adaptación.

Las implicaciones que esta filosofía tiene para el tratamiento del alcohólico son evidentes: el alcohólico no va a ser considerado unilateralmente como un sujeto que está a merced de fuerzas internas difusas o de circunstancias ambientales difícilmente

controlables, sino que para entender su situación es necesario considerar a un tiempo su forma particular de interpretar la realidad, y concretamente su problema de adicción, sus expectativas, sus creencias, por un lado, y sus circunstancias familiares y sociales, por otro.

La importancia que las variables cognitivas han experimentado en la teoría y terapia psicológicas ha supuesto un cambio, como veremos a continuación, en la formulación tradicional de las teorías de personalidad y en la propia psicoterapia.

## **1.1 EL ENFOQUE COGNITIVO DE LA PERSONALIDAD**

Influida principalmente por el desarrollo de las concepciones cognitivas de la conducta, la psicología se ha vuelto cognitiva en general y las teorías de la personalidad no son ninguna excepción (Pervin, 1988). De hecho, el enfoque actual de las teorías de personalidad se caracteriza por el papel que otorga a las variables personales (entre las que destacan las cognitivas) y ambientales en la configuración de la conducta humana (Bandura, 1980; Bermúdez, 1986; Cantor, 1981; Kelly, 1955; Mischel, 1973; Pelechano, 1985; Rotter, 1954).

Tradicionalmente, las teorías de personalidad definían a ésta como un conjunto de rasgos y disposiciones relativamente estables a través del tiempo y de las situaciones. Según estas teorías, las personas poseen ciertos rasgos que hacen que se comporten con una gran consistencia a través del tiempo y las situaciones. Considerando de esta forma la personalidad, el objetivo de estas teorías era, partiendo de una serie de rasgos (impulsividad, agresividad, extraversión, etc.), hacer generalizaciones predictivas sobre la persona, es decir, predicciones sobre su modo de proceder con relativa independencia de la situación en la que se encontrara.

Por el contrario, las teorías actuales de la personalidad consideran que ésta, más que un conjunto estable y bien definido de rasgos, evoluciona y es el resultado de un ajuste continuo entre los aspectos personales y las situaciones ambientales. Estas teorías

se refieren a los aspectos personales con el nombre de **variables de personalidad**, más que de rasgos o características estables, y son fiel reflejo de las influencias del enfoque cognitivo que empieza a desarrollarse en la psicología. Mischel (1973) destaca, entre estas variables, la forma de percibir e interpretar las situaciones, las expectativas sobre lo que uno es capaz de hacer, las expectativas sobre los resultados, los valores, los sistemas de autorregulación y planes, las propias capacidades etc. Pervin (1988) y Zumalabe (1990), entre otros, añaden a éstas variables las atribuciones o las explicaciones causales de los hechos.

El estudio de estas variables de personalidad permite entender y predecir el comportamiento de la persona teniendo en cuenta a la vez *las situaciones* concretas, específicas, que le rodean, y compararlo con el que exhibirán otras personas en esas mismas situaciones. El interés por la interacción persona-ambiente trae consigo la idea de la discriminación, frente a la idea de la toda consistencia. Según las teorías actuales de personalidad, es difícil encontrar una persona que sea siempre amable independientemente de la situación en la que se encuentre, o que sea siempre impulsiva o confiada. Por el contrario, la persona discrimina entre las situaciones, los lugares y las actividades para proceder de una u otra forma. Ello no es obstáculo para que adquiera cierta estabilidad y unidad siempre que se encuentre en situaciones físicas y psicológicas similares o que las perciba como similares. Como dice Pervin (1988),

*"... la gente se comporta de manera semejante ante situaciones que percibe como de relevancia similar para aquello que está tratando de hacer u obtener de la situación" (Pervin, 1988, p. 75).*

*"... los datos muestran una discriminación conductual según la situación y a la vez una coherencia o patrón de conductas características del individuo" (Pervin, 1988, p. 79).*

El objetivo de las teorías actuales de personalidad, resumiendo, es estudiar las variables personales no para realizar generalizaciones vagas e imprecisas acerca de cómo son las personas, sino para predecir cómo actuarán en determinadas situaciones (situaciones que pueden ser laborales, sociales, familiares o de enfermedad, como el alcoholismo). Y ello porque la conducta se ve influida tanto por las variables de personalidad como por las de situación.

## 1.2. LAS COGNICIONES Y LA PSICOTERAPIA

La aparición del enfoque cognitivo-conductual también deja sentir sus efectos en el campo de la psicología clínica, donde fueron apareciendo diversos estudios y terapias que ponían de manifiesto la importancia de considerar las variables cognitivas en el origen y la modificación de las conductas desadaptativas (Bayes, 1985; Beck et al., 1983; D'Zurilla & Goldfried, 1971; Ellis, 1980; Ellis & Grieger, 1981; Hollon & Garber, 1988; Ingram & Scott, 1990; Kelly, 1987; Kendall, Howard & Hays, 1989; Mahoney & Lyddon, 1988; McKay, Davis & Fanning, 1985; Michenbaum, 1977; Meichenbaum & Jaremko, 1987; Quattrone, 1985; Schuyler, 1991; Sutton-Simon, 1981).

El objetivo de la psicoterapia consiste en aliviar y/o solucionar los trastornos emocionales y conductuales y para ello, directa o indirectamente, se busca modificar o eliminar las cogniciones erróneas que, frecuentemente, se encuentran en la base de dichos problemas.

Según Raimy (1985), utilizamos conceptos (creencias, juicios, normas, presupuestos, etc.) para organizar y manejar tanto el mundo externo (familiar, social, laboral...) como el interno (personal). Es decir, nos basamos en estos conceptos para conocer la realidad, estructurarla y saber a qué atenernos y cómo conducimos en las diferentes situaciones en las que nos vemos envueltos. Pero existen conceptos o cogniciones falsas, desadaptativas, que entorpecen por su carácter de guías o mapas erróneos, y que llevan a actuar y afrontar los problemas de maneras inadecuadas.

De acuerdo con el enfoque cognitivo-conductual, las concepciones erróneas más importantes, y que mayor efecto tienen en la conducta y adaptación, son las referidas a uno mismo: "no soy capaz de...", "no valgo para nada", "soy una calamidad", "debería conseguir...", etc. Estas creencias son especialmente perjudiciales porque siempre se actúa a partir de ellas, es decir, determinan, al menos en cierta medida, los sentimientos que se experimentan (agresividad, ansiedad, depresión...), las conductas que se adoptan (de afrontamiento, de evitación...), y, por consiguiente, los resultados que se obtienen. Consideremos, como ejemplo, el caso de dos alcohólicos, uno de los cuales se cree incapaz de resistir la tentación de beber cuando ésta aparece o cuando tiene problemas con su familia, mientras el otro confía en aprender a controlarse. Es muy probable que el

estado de ánimo, la conducta y el resultado del tratamiento sea peor en el primer caso que en el segundo.

En consecuencia, dada la relación cogniciones-conducta, resulta necesario identificar las creencias erróneas que están influyendo negativamente en uno mismo y modificarlas para conseguir un cambio en la conducta, una mejoría. Y el cambio de las cogniciones es posible. Según las terapias cognitivas, la persona puede aprender a concienciarse de sus pensamientos y a controlarlos, y, en segundo lugar, puede aprender a modificar esos pensamientos por otros más optimistas, más racionales y menos derrotistas.

Las cogniciones se presentan, por tanto, junto con la propia conducta, como un instrumento necesario para el cambio terapéutico y su mantenimiento. Esta es la principal característica de la aplicación del enfoque cognitivo-conductual al campo de la clínica: la utilización del pensamiento y de la conducta como métodos de cambio, de mejoría. Los procedimientos basados en la conducta son los más idóneos para conseguir el cambio cognitivo: enseñar al paciente a identificar y afrontar sus problemas de formas más eficaces (procedimiento conductual), por ejemplo, permite pensar, anticipar e interpretar (cogniciones) de forma más positiva. A su vez, las creencias positivas facilitan la adopción de conductas más favorables, iniciándose una relación dinámica en la que ambos componentes se influyen e interrelacionan.

A continuación, y como resumen del enfoque cognitivo-conductual y de su aplicación a la psicología clínica, se exponen en el siguiente cuadro los presupuestos teóricos comunes a las distintas teorías y terapias que se integran en él:

1. Las personas no responden a los acontecimientos en sí mismos, sino a las representaciones cognitivas que se hacen de ellos.
2. Las cogniciones juegan un papel causal en el origen y desarrollo de los problemas psicológicos, si bien no se presupone que sean los únicos agentes causales.
3. Las variables cognitivas se interrelacionan con las variables emocionales y conductuales, y se condicionan e influyen mutuamente.

(continúa)

4. Las cogniciones, al menos algunas de ellas, pueden identificarse y modificarse.
5. El cambio en las cogniciones puede modificar los patrones emocionales y conductuales disfuncionales.
6. Para el cambio de cogniciones y, consecuentemente, de estados emocionales y conductas, se han diseñado diversas intervenciones y estrategias cognitivo-conductuales. El fin de estas terapias es solucionar y/o aliviar trastornos psicológicos fortaleciendo al paciente en, o dotarle de, recursos y habilidades que le permitan afrontar de forma más adaptativa sus problemas y situaciones personales.
7. Hay muchas intervenciones y estrategias que pueden calificarse de cognitivo-conductuales, pero entre ellas cabe destacar la terapia racional-emotiva de Ellis (1980; Ellis & Grieger, 1981), la terapia cognitiva de la depresión de Beck y colaboradores (1983), el entrenamiento en reducción del estrés de Michenbaum y Jaremko (1985), los enfoques de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971) y diversos programas de habilidades sociales (asertividad, control de la agresividad, etc.) (Kelly, 1987).

(Cuadro 1. Presupuestos comunes a las teorías y terapias cognitivo-conductuales).

## 2. PERCEPCIÓN DE CONTROL Y AFRONTAMIENTO

Dentro del enfoque cognitivo-conductual toman gran relevancia dos variables en las que nos vamos a centrar a partir de ahora: la percepción de control y el afrontamiento. La percepción de control y el afrontamiento son variables cognitivo-conductuales que nos permiten comprender, explicar y predecir la conducta humana ante ciertas situaciones (en nuestro caso, si el alcohólico recaerá o mantendrá su abstinencia).

La **percepción de control** es una variable de naturaleza estrictamente cognitiva, y se define como la creencia de dominio y control que tiene una persona sobre ciertos acontecimientos. Expresado de otro modo, la percepción de control hace

referencia a la creencia sobre las propias capacidades y recursos para afrontar con éxito ciertos problemas y situaciones.

Las creencias de control han recibido mucha atención en la psicología, y en campos tan diversos como el educativo, laboral, familiar, y la salud física y psicológica. El motivo de este interés se debe a que, desde el enfoque cognitivo-conductual, se asume que la creencia en el control personal ("el creerse capaz de", "el sentirse confiado") favorece la autoestima, el compromiso con distintas actividades, el desarrollo de las propias competencias y el afrontamiento activo de los problemas, a la vez que modera el impacto de las situaciones difíciles y estresantes.

Existen en la literatura distintos conceptos psicológicos para estudiar y evaluar el grado de percepción de control, fenómeno en parte motivado por el interés que dicha variable ha despertado en muchos investigadores: sensación de competencia, "pawn-origin", control experimentado, expectativa de lugar de control del refuerzo, motivación extrínseca e intrínseca, expectativa de autoeficacia, atribuciones, indefensión aprendida y sensación de dominio, entre otros (Bandura, 1977; Deci, 1975; DeCharms, 1968; Rotter, 1966; Seligman, 1975; Tiffany, 1967; Tiffany, Shontz & Woll, 1969; Weiner, 1972, 1974, 1979; White, 1959).

Creemos que estudiar cada uno de estos conceptos, para conocer la percepción de control, resulta en cierto sentido excesivo e innecesario, además de que no todos ellos han alcanzado el suficiente desarrollo teórico y empírico. Por estos motivos, se ha decidido seleccionar los más representativos y los que gozan de una mayor aceptación, asegurando de esta manera un estudio y medición fiables de la percepción de control. Estos conceptos son:

1. *La expectativa de lugar de control sobre el refuerzo y la expectativa de autoeficacia.* Las expectativas son creencias que se refieren al futuro e indican la esperanza o la probabilidad subjetiva de conseguir algo. La teoría en la que se encuadran es la "teoría del aprendizaje social", una de los máximos representantes del enfoque cognitivo-conductual.

2. *Las atribuciones causales.* Las atribuciones son creencias que se refieren al pasado, a algo ya ocurrido, y se definen como las

explicaciones causales que se dan a los sucesos. La teoría de la que provienen es el enfoque atribucional, desarrollado en el campo de la psicología social. Si bien la inclusión de las atribuciones en el enfoque cognitivo-conductual es relativamente reciente, es una variable que se está descubriendo con una gran fuerza explicativa y predictiva del comportamiento.

Por su parte, el **afrontamiento** es una variable de naturaleza tanto cognitiva como conductual, aunque tiende a identificarse con lo conductual. El afrontamiento se define como la forma de responder y reaccionar de las personas ante las situaciones y los problemas. Por expresarlo de alguna manera, es lo que las personas hacen, frente a lo que piensan. Sin embargo, el afrontamiento también tiene su parte cognitiva porque es el resultado de un proceso mental por el que se elige una respuesta, entre otras posibles, para enfrentarse y solucionar un problema.

Ambas variables, percepción de control (lo que se piensa) y afrontamiento (lo que se hace), son, de acuerdo con el enfoque actual de personalidad, variables de personalidad que se interrelacionan y que nos permiten explicar y predecir la forma de proceder y los resultados que obtendrá una persona en una situación dada. De aquí su importancia.

Finalmente, la percepción de control y el afrontamiento se consideran objetivos terapéuticos para conseguir la mejoría y la adaptación del individuo tanto a nivel personal como social. Desarrollar unas creencias de control adecuadas y afrontar el problema de la manera más adecuada posible son garantías, si no suficientes, sí al menos necesarias para manejarse con cierta eficacia en el mundo.

En los capítulos siguientes, y antes de estudiar su utilidad en el tratamiento del alcohólico, veremos más detenidamente cada una de las variables seleccionadas (expectativas de control, atribuciones causales y afrontamiento): quiénes son sus autores, cuáles son las características de estas variables y de las teorías en las que se han desarrollado, algunos de los estudios que se han realizado con dichas variables, los resultados obtenidos, etc., así como la relación que se establece entre ellas.

*Resumiendo*, el enfoque cognitivo-conductual aparece en la década de los años 70 como una alternativa teórica a las existentes hasta el momento y tiene como objetivo explicar, predecir y/o modificar la conducta humana atendiendo a la interacción entre variables de personalidad y variables ambientales. Entre las variables de personalidad, este enfoque destaca la importancia de las cogniciones, y sostiene que la forma de pensar, interpretar, anticipar, etc., condicionan la forma de comportarse; a su vez, el modo de comportarse y los resultados que se obtienen condicionan la forma de pensar. Y ambos procesos, pensar y actuar, tienen lugar en una situación específica, que afecta también a la forma de pensar y de actuar. La interacción entre las cogniciones, la conducta y el ambiente será, por tanto, el principio común a todas las teorías que integran el enfoque cognitivo-conductual.

La consideración de las cogniciones en la explicación de la conducta humana afectó a las teorías de personalidad, al incluirlas entre las principales variables de personalidad, y a la propia psicoterapia, que pronto contó con un número importante de procedimientos y terapias cognitivo-conductuales.

Entre las variables de personalidad que más relevancia han cobrado dentro del enfoque cognitivo-conductual, están la *percepción de control*, definida como la creencia de control, de dominio, que cree tener una persona sobre un hecho o situación, y el *afrontamiento*, que se define como la forma de responder ante las situaciones o problemas. Para conocer el grado de percepción de control de una persona se ha recurrido a dos conceptos: las expectativas de control y las atribuciones causales. Expectativas, atribuciones y afrontamiento serán el objeto de los siguientes capítulos, en los que se pondrá de manifiesto la relación que existe entre estas variables así como su influencia en la forma de comportarse de las personas y en los resultados que obtienen en sus vidas.

**CAPÍTULO II: LAS  
EXPECTATIVAS DE CONTROL  
COMO DETERMINANTES DE LA  
CONDUCTA**

El objetivo de este capítulo es conocer qué se entiende por expectativas de control. Para ello, en primer lugar, se introduce el concepto general de expectativa y las dos clases de expectativas de control que existen en la literatura (lugar de control y autoeficacia); en segundo lugar, se presenta la teoría en la que se enmarcan y las aportaciones de los autores que las desarrollaron; y en tercer lugar, se exponen más detenidamente ambas expectativas: la de lugar de control y la de autoeficacia. Al final del capítulo, se presenta un apartado en el que se analizan las diferencias y semejanzas entre ellas.

## 1. CONCEPTO Y CLASES DE EXPECTATIVAS

El creciente interés en psicología por el enfoque cognitivo-conductual ha llevado a considerar el concepto de *expectativa* como una de las piezas claves para explicar la conducta humana.

El enfoque cognitivo y las teorías que lo integran mantienen, en esencia, que la motivación para llevar a cabo una conducta depende, en cierta medida, de la probabilidad percibida de que dicha conducta permita alcanzar unos resultados. La creencia sobre la probabilidad de obtener unos resultados es lo que se conoce como expectativa. Visto en un ejemplo, si una persona cree que acudiendo al médico se le van a aliviar los dolores, es probable que vaya a su consulta; por el contrario, si no espera que el médico le pueda calmar su dolencia, es más probable que no vaya. Es decir, dependiendo de su esperanza, de su expectativa, actuará de una u otra manera.

El papel de la expectativa en la configuración de la conducta empieza a considerarse en psicología en los años 30, debido al trabajo pionero de Tolman (1932) y Lewin (1938), pero es a partir de los años 50 cuando se registra un mayor interés por esta variable. Dicho interés queda recogido dentro de lo que se conoce como teoría del

aprendizaje social de la personalidad, que, como se ha indicado, es una de las teorías centrales del enfoque cognitivo-conductual.

La *teoría del aprendizaje social* se puede considerar como una evolución del conductismo que surgió y se consolidó en el panorama psicológico a mediados de siglo. Frente a la concepción mecanicista del conductismo, que explicaba la conducta en base a la influencia de los estímulos ambientales, esta teoría destaca la importancia de los factores personales (en especial, los cognitivos: la atención, la memoria, el pensamiento, las expectativas, los valores, los intereses) y del ambiente en la configuración de la conducta .

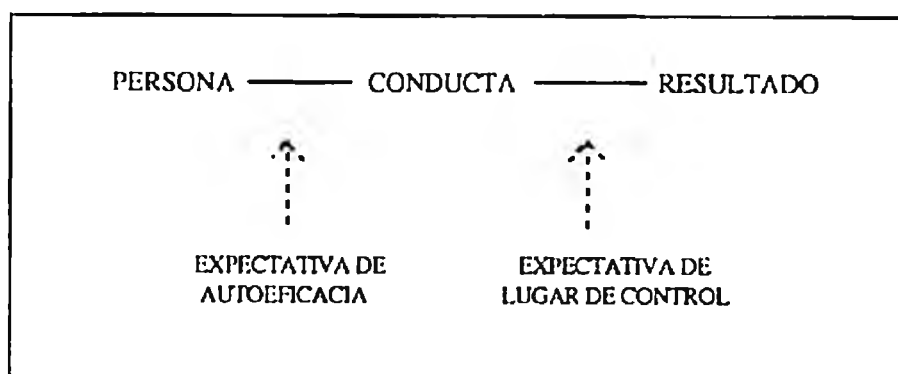
La expectativa viene a ser el representante principal de los factores cognitivos, debido principalmente al número de investigaciones y estudios que ha provocado (Mayor & Barberá, 1987). Este concepto trae consigo la idea de la anticipación subjetiva del futuro ("si bebo me sentiré mejor", "soy capaz de dejar de beber", "iré al cine para divertirme", "cogeré el jersey por si refresca", "si estudio lo suficiente, seguro que aprobaré") y de que los pensamientos que se forma la persona influirán en cómo actúe.

De forma general, hemos visto que la expectativa se define como la creencia o probabilidad que tiene la persona de que dada una conducta se producirán unos resultados determinados; otra forma de referirse a esta creencia es el término "expectativa de resultado": "si hago esto, obtendré tal resultado". A partir de esta concepción general, se han diferenciado varias clases de expectativas, entre las que destacan la expectativa de lugar de control del refuerzo, de Rotter (1966), y la expectativa de la autoeficacia, de Bandura (1977). Son estas expectativas en las que estamos particularmente interesados, y sobre las que volveremos con más detenimiento en apartados siguientes. Por este motivo, nos limitaremos ahora a introducirlas brevemente.

**La expectativa de lugar de control del refuerzo** se refiere a la creencia que tiene la persona sobre si el *resultado* que desea conseguir (por ejemplo, dejar de beber, aprobar los exámenes, conseguir un puesto de trabajo) está bajo su control o depende de factores externos, tales como la suerte o la influencia poderosa de otros. Es una expectativa de resultado. Por otro lado, la **expectativa de autoeficacia** es el juicio que hace la persona sobre sus capacidades para llevar a cabo la *conducta o actividad* necesaria para conseguir unos resultados determinados (siguiendo con los ejemplos

anteriores, resistir la tentación de consumir alcohol, estudiar, realizar adecuadamente una entrevista de selección de trabajo, o conducir, ser asertivo, etc.).

Ambas expectativas guardan una estrecha relación entre sí puesto que las dos se refieren a la capacidad de control que una persona se atribuye sobre los sucesos; es por este motivo por el que se conocen como *expectativas de control*. La diferencia entre ellas reside, tal y como se refleja en el gráfico 4, en que una hace hincapié en el control que se cree tener sobre el refuerzo o resultado que se quiere obtener (expectativa de lugar de control) y la otra en la capacidad para llevar a cabo la conducta que se desea (expectativa de autoeficacia).



(Gráfico 4. Expectativas de autoeficacia y de lugar de control. Adaptado de Palenzuela, 1990).

Las expectativas de control han sido propuestas como uno de los factores que intervienen en la recuperación del alcohólico. Pero antes de ver su utilidad e implicaciones en el tratamiento del alcoholismo, hemos considerado conveniente estudiar en profundidad estas variables. En este capítulo, por tanto, nos centraremos en su estudio teórico: veremos la teoría en la que se desarrollaron (la teoría del aprendizaje social) y las aportaciones de cada uno de sus autores a esta teoría (apartado 2), y más detenidamente los conceptos de expectativas de lugar de control sobre el refuerzo y autoeficacia así como algunas de las investigaciones y resultados que se han obtenido (apartado 3 y 4).

## **2. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE LA PERSONALIDAD**

La teoría del aprendizaje social de la personalidad es el marco teórico donde se desarrollan las expectativas de lugar de control y de autoeficacia. Las influencias y aportaciones que ha recibido esta teoría son muchas, pero sus representantes principales son Rotter (Rotter, 1954, 1982; Rotter, Chance & Phares, 1972) y Bandura (1980, 1984b, 1987). Comenzaremos por el primer autor, por ser el primero que aparece en la literatura, y pasaremos después al segundo.

### **2.1. PRINCIPIOS Y CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE ROTTER**

La teoría del aprendizaje social es, según Rotter (Rotter, 1954, 1982; Rotter, Chance & Phares, 1972), una teoría molar de personalidad que pretende integrar las dos tendencias que existen en el panorama psicológico de la época: las teorías estímulo-respuesta y las teorías cognitivas. Esta teoría es un intento de explicar la conducta humana en situaciones sociales relativamente complejas (no exclusivamente de laboratorio), pero sin sacrificar el uso de constructos operativos y de hipótesis empíricas.

Rotter y sus colaboradores desarrollaron, como principal aportación, una serie de principios y de conceptos básicos para estudiar el comportamiento humano y comprender la personalidad. Estos principios son los siguientes:

- 1) La unidad de investigación para el estudio de la personalidad es la interacción de la persona con su entorno. Según este principio, las

predicciones de la conducta requieren una descripción adecuada de la situación en la que ésta se desarrolla.

2) Los constructos de personalidad no dependen de otros constructos, biológicos o neurológicos, para su explicación. Todos los constructos existentes, cualquiera que sea el campo de estudio del que procedan, son descripciones de un hecho o comportamiento que pueden ser consistentes entre sí, sin exclusión ni jerarquía necesaria entre ellos. La cuestión no es si existe una explicación neurológica, bioquímica o psicológica de un comportamiento dado, sino la utilidad de su explicación y/o predicción.

3) No todo comportamiento puede ser descrito con constructos de personalidad. Para ello, es necesario un cierto nivel de desarrollo y complejidad en el organismo.

4) Las experiencias de un individuo tienen influencia en otras experiencias. Dicho de otro modo, la personalidad tiene una unidad, que se define en términos de estabilidad e interdependencia. A medida que la persona se vuelve más experimentada, su personalidad cobra consistencia y estabilidad. Pero es importante no olvidar, como a menudo ha ocurrido, el impacto de posibles nuevas experiencias y el papel de los factores situacionales en la determinación y variación de la conducta.

5) La conducta humana está motivada y se encuentra dirigida a un objetivo. Este aspecto direccional se infiere del efecto de las condiciones de reforzamiento, ya que la persona busca siempre maximizar sus refuerzos positivos en cualquier situación.

Las condiciones ambientales determinan, en parte, la dirección de la conducta y posibilitan la aparición de una serie de objetivos, de reforzamientos, hacia los cuales se orientan las necesidades y aspiraciones de la persona. Ambos, necesidades y objetivos, determinan el comportamiento y se infieren del mismo denominador: la interacción de la persona con su ambiente.

El comportamiento, las necesidades y los objetivos de los que hablamos son, en gran parte, adquiridos, aprendidos. La importancia de las otras personas es primordial en este proceso de aprendizaje. El reconocimiento de la importancia del carácter aprendido y social del comportamiento es lo que lleva a conceptualizar la teoría del aprendizaje social de la personalidad.

6) Un comportamiento dado no está sólo determinado por la naturaleza e importancia de los objetivos o refuerzos a conseguir, sino también por la anticipación o expectativa de que esos resultados ocurrirán. Estas expectativas están determinadas por experiencias previas. La inclusión del concepto de expectativa da un importante giro a la teoría psicológica por su utilidad en la predicción del comportamiento humano.

Además de los principios teóricos, Rotter y sus colaboradores señalan dentro de la teoría del aprendizaje social cuatro conceptos básicos para la predicción de un comportamiento:

1) *Potencial de conducta*, definido como la posibilidad de que ocurra una conducta determinada en una situación dada en relación a un refuerzo.

Un refuerzo es la consecuencia deseable de una conducta que sirve para aumentar la frecuencia o intensidad de la misma. Los refuerzos son muy variados y su valor es subjetivo, es decir, depende de la importancia que les atribuya la persona. Algunos reforzadores clásicos son el dinero, la aprobación social, el amor, el éxito o el poder, entre otros.

2) *Expectativa*, o la probabilidad que estima un individuo de que un refuerzo dado ocurra como consecuencia de un comportamiento específico en una situación específica. La teoría parte del supuesto de que la expectativa es independiente del valor o importancia que pueda

tener el refuerzo. Otra forma de referirse a esta expectativa es el término "expectativa de resultado" o de "refuerzo".

El tener expectativas mayores o menores depende de la historia personal de refuerzos, tanto en situaciones específicas como generales. Rotter y colaboradores (Rotter, Chance & Phares, 1972) expresan esta idea de la siguiente forma:

$$E_{S1} = f(E'_{S1} \& GE)$$

Esta fórmula significa que la expectativa que tiene el sujeto en una situación específica ( $E_{S1}$ ) de que con su conducta conseguirá un determinado refuerzo está en función ( $f$ ), por un lado, de las expectativas específicas generadas a partir de experiencias en situaciones anteriores similares ( $E'_{S1}$ ) y, por otro, de las expectativas generalizadas provenientes de experiencias en situaciones funcionalmente similares ( $GE$ ).

Rotter (Rotter, 1966, 1982; Rotter, Chance & Phares, 1972) destaca otra variable que influye en la determinación de las expectativas: la dimensión de control interno o externo sobre el refuerzo, y que desarrollaremos en el apartado 3 bajo el nombre de *expectativa de lugar de control sobre el refuerzo*. Veremos también en este apartado las diferencias y ventajas de las expectativas generalizadas y específicas.

3) *Valor del refuerzo*, definido como el grado de preferencia que una persona muestra hacia un determinado refuerzo. El valor de un refuerzo depende de su asociación con otros refuerzos y de la expectativa de que su obtención lleve a la obtención de aquellos otros refuerzos deseados.

Cuando intentamos, mediante una conducta, conseguir un refuerzo y fracasamos en ello, puede ocurrir que no sólo nuestra expectativa de alcanzarlo en otro momento se vea disminuida, sino también el valor mismo del refuerzo.

4) *Situación psicológica*, hace referencia a la situación tal como es percibida y categorizada por la persona en función de su historia de aprendizaje y experiencias previas. Esto no quiere decir que se elimine la importancia de la situación objetiva, física, en sí misma.

Rotter y sus colaboradores introducen en su teoría este concepto de "situación psicológica" porque las predicciones basadas solamente en las características internas del individuo, con exclusión de las circunstancias, no son suficientes para explicar la complejidad del comportamiento humano.

Con estos 4 conceptos básicos (potencial de conducta, expectativa, valor subjetivo del refuerzo y situación psicológica), Rotter y colaboradores (Rotter, Chance & Phares, 1972) formulan de la siguiente manera la predicción de un comportamiento:

$$PC_{x, s_1, r_a} = f(E_{x, r_a, s_1} \& VR_{a, s_1})$$

cuyo significado es el siguiente: la posibilidad de que se dé una conducta ( $PC_x$ ) en una situación dada ( $s_1$ ), en relación a un refuerzo ( $r_a$ ), está en función ( $f$ ) de la expectativa de que dicha conducta ( $E_x$ ) lleve a ese refuerzo ( $r_a$ ) en esa situación ( $s_1$ ), y del valor de este último ( $a$ ) en esa situación concreta ( $s_1$ ).

Los cuatro conceptos de la teoría del aprendizaje social desarrollados hasta ahora son llamados, por Rotter y colaboradores (Rotter, Chance & Phares, 1972), conceptos "moleculares" porque hacen referencia únicamente a unidades específicas de conducta. Estos conceptos permiten la explicación de una conducta dada en una situación específica y en relación a un refuerzo también específico, y han resultado ser particularmente útiles cuando se trabaja en estudios controlados de laboratorio. Sin embargo, en la vida real, donde las conductas y relaciones son más complejas, estos conceptos limitarían la utilidad de la teoría. En la mayoría de las ocasiones, los profesionales de la clínica no trabajan con unidades singulares de conducta, sino con conducta relacionadas e inmersas en situaciones complejas. Explicar el comportamiento humano en estas circunstancias desde un nivel de análisis molecular, reduciría el poder

predictivo de la teoría, razón por la que Rotter y sus colaboradores introdujeron tres conceptos más generales y amplios, llamados "molares": potencial de la necesidad, libertad de movimiento y valor de la necesidad, que se corresponden con los conceptos moleculares de potencial de la conducta, expectativa y valor del refuerzo, respectivamente. Veamos en qué consisten estos nuevos conceptos.

*Potencial de la necesidad* es el concepto análogo al de potencial de conducta, y se define como la posibilidad de que ocurra un conjunto de conductas funcionalmente relacionadas en una situación o situaciones en relación a un refuerzo o conjunto de refuerzos. La diferencia entre ambos conceptos radica en que el potencial de la necesidad se refiere a grupos de conductas funcionalmente relacionados y no a conductas singulares. Se habla de conductas funcionalmente relacionadas cuando están dirigidas a la obtención del mismo reforzamiento o reforzamientos similares. *El valor de la necesidad*, por su parte, se refiere al valor de preferencia por un conjunto de refuerzos funcionalmente relacionados y no por un refuerzo concreto. Por último, *libertad de movimiento* se define como la expectativa de que se pueden obtener satisfacciones positivas como resultado de un conjunto de conductas relacionadas, dirigidas a la obtención de un grupo de refuerzos funcionalmente relacionados. Estos conceptos quedan incorporados en la siguiente fórmula:

$$PN = f(LM \& VN)$$

donde el potencial de la necesidad (PN) está en función (f) de la libertad de movimiento (LM) y del valor de la necesidad (VN). Esta nueva formulación permite, según los autores, hacer predicciones más amplias y generalizadas de conductas y es más aplicable en situaciones clínicas, mientras que la anterior es más apropiada para analizar conductas específicas.

## 2.2. LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL COGNITIVO DE BANDURA

Bandura es otro representante esencial de la teoría del aprendizaje social de la personalidad. Al igual que Rotter (Rotter, 1954, 1982; Rotter, Chance & Phares, 1972), considera que la conducta humana es el resultado de la interacción de factores personales y factores ambientales.

Brevemente, ya que el fondo teórico es el mismo que presupone el enfoque cognitivo-conductual, Bandura (1980, 1984b, 1987) sostiene que la persona no está gobernada exclusivamente por fuerzas internas (necesidades, impulsos) ni por estímulos externos (ambiente familiar, social, etc.), sino que para entender su actuación y su funcionamiento es necesario hablar de una relación de reciprocidad mutua en la que la conducta, los factores personales (cognitivos y de otro tipo) y los acontecimientos ambientales actúan entre sí como determinantes interactivos.

En esta interacción, la conducta condiciona el ambiente y, a su vez, el ambiente condiciona la conducta. Dependiendo de la persona, de la situación y de la actividad que se esté realizando, la causa principal de la conducta recaerá unas veces sobre los factores personales, y otras veces sobre los factores ambientales.

Lo característico de la formulación teórica que propone Bandura (1980, 1984b, 1987), y por lo cual recibe el nombre de teoría del aprendizaje social cognitivo, es su énfasis en los factores personales, concretamente en los procesos y capacidades cognitivos propios del ser humano. Estas capacidades condicionan, al menos en cierta medida, su actuación y le permiten influir en su entorno, en sus pensamientos y en sus actos. Entre las principales capacidades, podemos señalar las siguientes:

- 1) *Capacidad de simbolización.* Las personas por lo general no solucionan sus problemas ejecutando varias conductas y sufriendo las consecuencias de sus errores, sino que ensayan de forma simbólica posibles soluciones y las rechazan o las aceptan en función de los resultados imaginados. La capacidad de utilizar los símbolos

proporciona, por tanto, un medio poderoso de cambio y de adaptación al entorno.

2) *Capacidad de previsión.* Las personas no se limitan simplemente a reaccionar ante su entorno inmediato, ni tampoco están reguladas por los imperativos del pasado. La mayor parte de su conducta está regulada por previsiones, es decir, las personas predicen las consecuencias más probables de sus acciones futuras. Al representar simbólicamente las consecuencias, el sujeto puede convertir a éstas en motivadores y reguladores de su conducta.

3) *Capacidad vicaria.* Las personas pueden aprender no sólo por experiencia propia, sino también por observación de otras personas y de las consecuencias que su conducta les produce.

4) *Capacidad de autorregulación.* Los individuos no actúan únicamente para adaptarse a las preferencias de los demás, sino que gran parte de su conducta está motivada y regulada por objetivos autoimpuestos, criterios personales y reacciones autoevaluatoras.

5) *Capacidad de autorreflexión.* Si existe alguna característica que distinga al ser humano es la capacidad de autoconocimiento. Esta capacidad le permite analizar y reflexionar sobre sus experiencias, llegar a un conocimiento genérico sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea, y evaluar y modificar sus pensamientos y actos.

Bandura (1977) sostiene que entre los tipos de pensamiento que inciden sobre el comportamiento no hay ninguno que sea tan importante como la opinión que el individuo tenga de su capacidad para afrontar de forma eficaz distintas realidades. Este pensamiento o creencia es lo que se conoce como *expectativa de autoeficacia*, y, al igual que la expectativa de lugar de control, será estudiada con más detalle en un apartado posterior (en el 4).

Observamos, por tanto, que en el panorama psicológico se encuentran varias expectativas, las de resultado y las de autoeficacia. Según Bandura (1977), las teorías psicológicas que defienden que las expectativas influyen en la conducta hacen referencia de forma casi exclusiva a las primeras, a las expectativas de resultado (Atkinson, 1964; Carver & Scheier, 1982; Rotter, 1966; Seligman, 1975). Como ya hemos visto, estas teorías explican la conducta como una función de la expectativa de que dada esa conducta se van a obtener unos resultados (ir al cine para divertirse, estudiar para aprobar o acudir al médico para dejar de beber) y del valor que para la persona tengan esos resultados.

Bandura añade a estos conceptos (expectativa de resultado y valor subjetivo) el de autoeficacia. Aunque acepta el papel de las expectativas de resultados, el autor señala que, al menos en ciertas situaciones, la realización de una conducta no está determinada por la mera anticipación de resultados (aprobar los exámenes, dejar de beber), sino por los juicios que la persona hace sobre sus capacidades para realizar la conducta en sí misma (ser capaz de estudiar y entender la materia, ser capaz de afrontar las situaciones sin alcohol). El autor, de esta manera, diferencia su concepto de autoeficacia del de lugar de control, si bien, y como veremos en el apartado final del capítulo, ambos conceptos pueden estar muy relacionados el uno con el otro y, en ocasiones, representar lo mismo.

### **3. EXPECTATIVA DE LUGAR DE CONTROL SOBRE EL REFUERZO: PERCEPCIÓN DE CONTINGENCIA**

#### **3.1. CONCEPTO DE EXPECTATIVA DE LUGAR DE CONTROL**

El papel del refuerzo positivo (término empleado para referirse a una recompensa, gratificación o un resultado que se desea conseguir) es reconocido

universalmente como crucial en la adquisición y el desarrollo de las conductas, las habilidades y el conocimiento. En la mayoría de las ocasiones, nos comportamos del modo en que lo hacemos y nos involucramos en actividades nuevas con la esperanza de conseguir algo que para nosotros es valioso (reforzante). Sin embargo, es frecuente observar que un mismo objetivo, considerado por varias personas como refuerzo, puede ser percibido por ellas de forma diferente (alcanzable o inaccesible) y, consecuentemente, reaccionar ante él de manera también diferente (movilizarse para conseguirlo o abandonar los esfuerzos).

Uno de los determinantes de esta reacción es el grado en que una persona percibe el refuerzo como contingente a su propio comportamiento o atributos frente al grado en que percibe que el refuerzo ocurre independientemente de sus acciones y/o que está controlado por fuerzas que escapan a su control (Rotter, 1966). Es la llamada **expectativa de lugar de control interno, frente al externo, del refuerzo.**

Cuando la persona cree que el refuerzo o resultado que quiere conseguir está bajo su control, que es contingente con su conducta y esfuerzos, decimos que se caracteriza por tener una **expectativa de lugar de control interno**. Por el contrario, cuando la persona sitúa el control de dicho refuerzo en factores externos, como la suerte, el destino o la influencia poderosa de otros, decimos que se caracteriza por tener una **expectativa de lugar de control externo**.

Así se expresa Rotter (1966) al referirse a la expectativa de lugar de control, conocida también por "lugar de control":

*" Cuando un refuerzo es percibido por el sujeto como subsiguiente a una acción suya pero no enteramente contingente con ella, en nuestra cultura eso se percibe como el resultado de la suerte, de la casualidad, del destino, como que está bajo el control de otros poderosos o como algo impredecible por la complejidad de fuerzas que lo rodean. Cuando el sujeto interpreta así el suceso, decimos que posee una creencia de control externo. Si el sujeto percibe que el suceso es contingente con su propio comportamiento o con sus características relativamente permanentes, decimos que posee una creencia de control interno" (Rotter, 1966, p. 1).*

### **3.2. ORÍGENES DEL CONCEPTO DE "LUGAR DE CONTROL"**

El concepto "lugar de control" fue inicialmente desarrollado fuera de la teoría del aprendizaje social (Rotter, 1975), pero esta teoría le proporciona el apoyo teórico necesario, en especial por el énfasis que pone en el papel de la expectativa y del valor del refuerzo en la conducta humana (Rotter, 1954, 1975, 1989; Rotter, Chance & Phares, 1972).

El interés de este concepto o variable obedeció a la observación en estudios de experimentación de que las expectativas de refuerzo de los sujetos (de conseguir un refuerzo dada una respuesta) aumentaban o disminuían de forma sistemática dependiendo de 1) la naturaleza de la situación y de 2) las características particulares de la persona. La hipótesis de partida fue la siguiente: si una persona percibe un refuerzo como contingente a su comportamiento, la ocurrencia de ese refuerzo aumentará la probabilidad de que ese comportamiento se repita en esa situación o situaciones similares. Por el contrario, si lo percibe como no contingente, y sí dependiente de la suerte o de la intervención de otros, la probabilidad de que vuelva a emitir la conducta supuesta disminuye (Rotter, 1966).

Si este análisis es correcto, dice Rotter, situaciones o paradigmas de aprendizaje diferentes van a producir respuestas diferentes. Y se distinguen a "grosso modo" dos situaciones, una llamada de "suerte" y otra llamada de "habilidad".

La situación de "suerte" (o de manipulación) es aquella en la que el experimentador determina arbitrariamente a qué clase de respuesta le sigue el refuerzo, independientemente de la respuesta del sujeto. Y la situación de "habilidad" es aquella en la que el refuerzo se administra después de que la persona haya emitido la respuesta correcta, es decir, aquí es el propio comportamiento el que determina la aparición del refuerzo.

Para observar si estas dos situaciones producían respuestas diferentes en los sujetos sometidos a ellas, se llevaron a cabo diferentes experimentos (James & Rotter, 1958; Phares, 1957), encontrándose, como se había planteado, que la percepción de los refuerzos como enteramente contingentes con las propias respuestas provocaba

respuestas diferentes de las emitidas cuando se percibían los refuerzos como dependientes de la suerte, de la casualidad o de la intervención de otros. Es decir, las expectativas de conseguir el refuerzo eran mayores en el primer caso que en el segundo, así como la probabilidad de seguir emitiendo la respuesta requerida.

Esta variable puede considerarse tanto como una característica de la situación como una característica de la persona. Las personas no sólo reconocen en la vida situaciones que están determinadas interna o externamente, sino que las mismas personas también difieren entre sí a la hora de evaluar si una misma situación está bajo su control o no lo está. Hay individuos que esperan conseguir con sus esfuerzos aquello que se proponen, mientras otros, en las mismas circunstancias, dudan de que esto sea así. Y es aquí cuando se propone la expectativa de lugar de control como variable predictora del comportamiento humano (Rotter, 1975; Lefcourt, 1980).

### 3.3. EXPECTATIVAS GENERALIZADAS Y ESPECIFICAS

Como hemos visto en la exposición de conceptos, las expectativas, y entre ellas las expectativas de lugar de control sobre el refuerzo, pueden ser generalizadas y específicas (Rotter, 1966, 1975, 1989).

Las *expectativas generalizadas* se refieren a la creencia general que tiene una persona sobre la probabilidad de conseguir el resultado deseado o refuerzo en una variedad de situaciones consideradas como relativamente similares. Rotter (1975, 1978) divide, a su vez, las expectativas generalizadas en dos clases:

- Aquellas en las que la generalización ocurre en función de la similitud del refuerzo. Las situaciones se parecen entre sí en la medida en que el refuerzo deseado es el mismo (por ejemplo, aprobar un examen en un colegio, universidad, oposición, etc.).

- Aquellas en las que la generalización ocurre en función de la solución de los problemas que plantean muchas situaciones diarias. Es decir, muchas situaciones se perciben como similares en la medida en que presentan problemas con los que enfrentarse (situaciones familiares, laborales, etc.).

Las *expectativas específicas*, por el contrario, se refieren a la creencia particular que tiene la persona sobre la probabilidad de obtener un refuerzo o conseguir el resultado que desea en una situación específica (por ejemplo, aprobar los exámenes en la universidad, solucionar un determinado problema con un compañero de trabajo o dejar la bebida).

La diferencia en el uso de expectativas generalizadas y específicas estriba en la cantidad de experiencia que una persona tenga sobre una situación particular. En situaciones nuevas o ambiguas para la persona, la expectativa de conseguir lo que desea dependerá de sus expectativas generalizadas. Por el contrario, a medida que la persona tiene más experiencia en una situación particular y ésta se vuelve familiar, su expectativa dependerá de las expectativas específicas. Veamos un ejemplo: la expectativa de un deportista de ganar en una carrera de salto en su primera competición dependerá de las expectativas derivadas de otras situaciones deportivas en las que tenga experiencia (carreras de metros, etc.). Sin embargo, después de varias participaciones en este tipo de pruebas, su expectativa estará determinada principalmente por las expectativas específicas referentes a la prueba de saltos.

Las *expectativas generalizadas* tienen una serie de ventajas, ya que, si se consideran como características de personalidad, nos permiten hablar de generalización de unas situaciones a otras y hacer predicciones amplias a partir de una serie de datos limitados. Es decir, con estas expectativas podemos saber en general cómo piensa la persona sobre la posibilidad de conseguir los refuerzos ya se encuentre en situaciones académicas, laborales o sociales, y prever, parcialmente, cómo va a comportarse en ellas.

Para conocer las expectativas generalizadas se han desarrollado diversas escalas o cuestionarios. La primera escala en aparecer es la desarrollada por el propio autor, llamada "Escala de Internalidad-Externalidad" (Rotter, 1966). Posteriormente, se han ido elaborando otros instrumentos (Levenson, 1972; Lefcourt et al., 1979; Paulhus &

Christie, 1981), que, al igual que la escala de Rotter, están formados por ítems que se refieren a las creencias de control que tienen las personas sobre diferentes situaciones de la vida.

A pesar de que Rotter habla de expectativas generalizadas, el autor considera que la creencia de lugar de control no es una característica de personalidad fija e invariable, sino que puede diferir en función del momento y de la situación en el que se encuentre la persona (Lefcourt, 1980; Rotter, 1975).

Si bien las expectativas generalizadas tienen ciertas ventajas, también tienen limitaciones, en especial cuando se quieren predecir de manera fiable comportamientos específicos, por ejemplo, si la persona dejará de fumar o beber. A través de las expectativas generalizadas, conocemos de forma muy general las creencias de control de esta persona, pero no sabemos qué piensa exactamente sobre la posibilidad de controlar la adicción; consecuentemente, la predicción que podamos hacer de su conducta desde las expectativas generalizadas (si lo intentará o no, si acudirá a una consulta, etc.) será pequeña y poco fiable.

En estos casos de conductas o situaciones muy específicas, Rotter (1975) sugiere la utilización de las *expectativas específicas*, porque permiten, en primer lugar, conocer qué piensa la persona sobre un refuerzo o situación concreta y, en segundo lugar, predecir con más seguridad el tipo de conducta que va a adoptar ante esa situación. En este sentido, se han desarrollado varias escalas que permiten medir expectativas específicas de control para problemas o situaciones concretas, como es el caso, por ejemplo, de la escala de control sobre la adicción al alcohol (Donovan & O'Leary, 1978), sobre la salud (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978) y sobre situaciones académicas (Palenzuela, 1988). Como podrá observarse en el estudio empírico, las expectativas de control que hemos estudiado son las referentes a la adicción al alcohol, o sea, expectativas específicas.

### **3.4. IMPORTANCIA DE LAS EXPECTATIVAS DE LUGAR DE CONTROL**

La expectativa de lugar de control es una de las variables más estudiadas en psicología y en otras ciencias sociales. Desde su aparición en el artículo de Rotter (1966), se han llevado a cabo muchas investigaciones con este constructo, y se puede decir que el trabajo de Rotter se ha convertido en uno de los más influyentes en la psicología contemporánea.

Una buena prueba de la popularidad de este constructo es que el estudio monográfico de Rotter (1966) aparecía en setiembre de 1978, en el *Current Contents*, como el artículo más citado (1345 veces); en febrero de 1982 en la misma publicación se contaban 2735 las citas habidas hasta el momento y en mayo de 1986 aparecía citado, según el *Psychological Abstracts*, 5000 veces.

El interés que ha suscitado la expectativa de lugar de control se debe a que es uno de los factores que mejor explica y predice la forma con que va a actuar la persona ante determinadas situaciones. Si la persona cree que puede conseguir lo que desea a través de sus propias capacidades y esfuerzos, actuará y dedicará el tiempo necesario hasta conseguirlo, es decir, afrontará la situación de la forma más activa posible. Por el contrario, si cree que el objetivo que desea es independiente de sus esfuerzos, y que depende de factores sobre los que no tiene control, no actuará o lo hará con menor insistencia. Dicho de otra manera, la importancia o el interés de las expectativas de control radica en su carácter motivador: son creencias que motivan a la acción o que desalientan. Y se puede deducir que estas creencias aumentarán o disminuirán las probabilidades del éxito, porque en la mayoría de las ocasiones el éxito es fruto de la acción, de una actividad de trabajo, de lucha y de esfuerzo.

Si consideramos que la creencia en el control personal es importante en general en cualquier situación de la vida, lo es de forma especial cuando la persona se encuentra en situaciones difíciles o amenazantes. El creerse en control de los acontecimientos, aunque éstos se presenten inesperadamente o de forma negativa, facilita la actividad, el tesón y el afrontamiento eficaz (Dohrenwend & Dohrenwend, 1984; Folkman, 1984;

Lazarus & Folkman, 1986; Lefcourt, 1982; Lefcourt et al., 1979). Phares (1976) expresa esta idea de la siguiente forma:

*"...las personas con control interno son más activas, alertas o directivas en sus intentos de controlar y manipular su entorno que las personas con control externo. Puesto que el lugar de control se refiere a las expectativas de control sobre lo que nos rodea, es de esperar en las personas con control interno un nivel de actividad de afrontamiento mayor" (Phares, 1976, p.60).*

Dada la importancia atribuida a esta variable, se han llevado a cabo múltiples investigaciones con objeto de comprobar, precisamente, si la expectativa de lugar de control interno está asociada a un comportamiento más activo y eficaz. Y esta asociación positiva ha sido encontrada en muchos de los estudios realizados.

En el *área académica*, se ha observado que los sujetos caracterizados por un control interno, en general, trabajan más, tienen unos índices de aprovechamiento más elevados, son más eficaces en la búsqueda y procesamiento de la información y persisten más en las tareas complejas que los sujetos caracterizados por un control externo (Davis & Phares, 1967; Haines, McGrath & Pirot; 1980; Lefcourt, 1982; Lefcourt et al., 1975; Lefcourt & Wine, 1969; Pallarés, 1993; Phares, Ritchie & Davis, 1968; Pines & Julian, 1972).

En el *área de la salud*, diversos estudios sostienen que el lugar de control interno se asocia con una serie de conductas que son relevantes para el mantenimiento de la salud. En este sentido se pronuncian Kasl (1989) y Strickland (1878) tras la revisión que hacen de un gran número de trabajos. En palabras de Strickland (1978):

*"...los resultados de la investigación llevada a cabo con diversos instrumentos sugiere que las creencias de control interno frente al externo se relacionan de una forma significativa, e incluso dramática, con las conductas relacionadas con la salud" (Strickland, 1972, p.1192).*

Las conductas que se suponen que están relacionadas con la salud y que se encuentran asociadas a una creencia en el control interno son, entre otras, mantenerse informado sobre ciertas enfermedades, someterse a chequeos periódicos, cumplir con las

prescripciones médicas, hacer ejercicio, comer y beber con moderación y utilizar el cinturón de seguridad (Quadrel & Lau, 1989; Sonstroem & Walker, 1973; Wallston & Wallston, 1978; Wallston, Maides & Wallston, 1976; Williams, 1972). Como ya hemos dicho, la relación encontrada entre alcoholismo y expectativa de lugar de control será estudiada con mayor detenimiento en el capítulo 6.

En relación a los *desórdenes psicológicos*, se encuentran en la literatura diversos estudios que ponen de manifiesto que la expectativa de control externo se encuentra asociada, en mayor medida que la de control interno, a sentimientos de ansiedad, de depresión, de descontento e ideas de suicidio (Benassi, Dufour & Sweeney, 1988; Butterfield, 1964; Melges & Weisz, 1971; Petrosky & Birkimer, 1991; Strassberg, 1973).

Finalmente, en lo que se refiere a la relación entre *acontecimientos estresantes* (desastres naturales, enfermedades, preocupaciones laborales, etc.) y *bienestar físico-mental*, algunos estudios sugieren que las creencias de control actúan como una variable mediadora en dicha relación, al reducir o moderar el impacto de dichos sucesos (Dohrenwend & Dohrenwend, 1984; Johnson & Sarason, 1978; Keane, DuCette & Adler, 1985; Lefcourt, 1984; Parkes, 1984; Sandler & Lakey, 1982; Weigel, Wetleib & Feldstein, 1989). En este sentido, se observa que, por lo general, los sujetos que se caracterizan por expectativas de control interno reaccionan con menos estrés y afrontan de forma más activa y eficaz sus problemas que los sujetos caracterizados por un lugar de control externo, lo que les permite obtener mejores resultados en bienestar físico o psicológico.

A la vista de esta revisión de estudios y resultados, uno podría pensar que lo adecuado es poseer una expectativa de control interno: la creencia en el control interno parece ser sinónimo de brillantez, competencia, éxito, salud y adaptación; y la creencia en el control externo parece asociarse al fracaso, a la desadaptación y a la enfermedad. Sin embargo, y como veremos a continuación, encontramos también en la literatura estudios que no confirman esta relación y que, incluso, arrojan resultados contradictorios a los esperados (Kasl, 1989; Lefcourt, 1980; Nelson & Cohen, 1983; Pérez, 1984). Existen diferentes explicaciones al respecto:

1) Los resultados inesperados y contradictorios encontrados tienen a veces su explicación en cuestiones metodológicas.

El empleo de diferentes cuestionarios para evaluar la expectativa de lugar de control (no todas las escalas miden lo mismo ni con la misma fiabilidad) y/o la utilización de muestras no lo suficientemente homogeneizadas pueden sesgar los resultados, haciendo imposible la comparación entre los disintos estudios y llegar a conclusiones definitivas

2) En segundo lugar, la expectativa de lugar de control interno no es la única variable que predice la adopción de conductas deseables, y que diferencia a quién las ejecuta y a quién no.

Esto es, se puede creer en la contingencia conducta-refuerzo pero no realizar la conducta "que se debiera" porque no se siente interés por el resultado y/o porque la situación personal no lo aconseja (Rotter, 1975). Visto en un ejemplo, someterse a chequeos médicos no depende sólo de que la persona crea que con ello puede prevenir alguna enfermedad, sino también de que quiera hacérselos y/o de que disponga de recursos económicos. Por tanto, las diferencias encontradas entre los que van y no van a hacerse chequeos, o en la conducta objeto de estudio, no tienen que deberse necesariamente, como se había supuesto, a la expectativa de control.

3) Y una tercera explicación es que la creencia en el control externo no siempre va asociada, como se había supuesto, a una pobre adaptación; no es siempre algo "malo".

Las creencias de control son beneficiosas cuando debemos enfrentarnos a sucesos necesarios, inevitables, pero controlables en sí mismos. Una necesidad excesiva de control, en cambio, puede interferir con la capacidad de tolerar pequeños "reveses" y/o llevar a adoptar conductas extremas aun cuando la situación no es controlable en sí misma, con lo que la salud, física o emocional, puede verse afectada (Lefcourt, 1980, 1982).

Así, por un lado, algunos estudios han relacionado la percepción y el deseo excesivo de control con una mayor reactividad en la tasa cardíaca (Calvete, 1989; Calvete & Sampedro, 1991) y con el desarrollo de enfermedades coronarias (Matthews, 1982; Rosenman, 1978). La explicación ofrecida es que a mayor creencia de que los problemas pueden solucionarse por uno mismo, mayores son los sobreesfuerzos y el número de actividades a las que uno se entrega, y, consecuentemente, mayores los riesgos de desarrollar algún síntoma o enfermedad. Y, por otro lado, varios trabajos han sugerido que la aceptación de un control externo puede ser lo más adecuado y adaptativo en ciertas situaciones; por ejemplo, cuando se trata de personas de edad avanzada o que padecen graves enfermedades (Burish et al., 1984; Levenson, 1981; Wong & Sproule, 1984). En estos casos, el reconocimiento de las propias limitaciones no significa un abandono en la lucha por conseguir mejores resultados, sino que permite buscar la ayuda necesaria en "otros poderosos" y disfrutar, de esta manera, de una buena adaptación física y/o psicológica.

Otra consecuencia negativa de atribuirse en exceso la capacidad de control es la llamada "ilusión de control" (Langer, 1975; Wortman, 1976), que obedece a posibles errores en la percepción de los sucesos, y a la necesidad y al deseo de la persona de influir sobre el curso de los acontecimientos, aun cuando éstos sean objetivamente incontrolables. Uno de los ejemplos más representativos de la ilusión de control es la falacia de los jugadores, que consiste en creer que el resultado de los juegos de azar depende de la habilidad y competencia personales. Esta creencia de ilusión de control lleva a invertir esfuerzos y tiempo innecesarios.

Resumiendo, y con la excepción de ciertas circunstancias donde no es posible o aconsejable ejercer un control personal, la creencia en la contingencia conducta-refuerzo o expectativa de lugar de control interno se encuentra asociada en general con la adopción de conductas deseables, con el afrontamiento activo de situaciones y problemas y, como resultado, con una mayor satisfacción y adaptación personales y sociales.

Por esta razón, se insiste en que un objetivo del tratamiento es desarrollar en el paciente la creencia de que puede solucionar o "controlar", al menos en cierta medida, algunos de los problemas que ocurren en su vida. Los esfuerzos, la implicación del paciente en su problema, su participación activa en el tratamiento son respuestas necesarias para una recuperación, si no total, la máxima posible, y se espera que sean producto de tener unas creencias de control. Como dice Strickland (1978):

*"Una vez en el tratamiento, se espera que los sujetos caracterizados por creencias de control interno respondan de forma más adaptativa, asumiendo la responsabilidad de sus dificultades e intentando cambiar" (Strickland, 1978, p. 1202).*

Las implicaciones de la expectativa de lugar de control interno se presentan especialmente importantes de cara al tratamiento de alcohólicos, ya que, como veremos en el capítulo 6, es necesario para su rehabilitación creer que el dejar de beber es contingente con los esfuerzos y conductas personales.

## **4. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA: PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA**

### **4.1. CONCEPTO Y JUSTIFICACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA**

Si la expectativa de lugar de control se centra en saber si el individuo tiene control o no sobre un resultado, la autoeficacia se centra en conocer el grado de confianza que tiene en realizar una conducta o actividad.

Según Bandura (1987), las teorías e investigaciones psicológicas suelen tener como tema de interés el que los sujetos adquieran conocimientos y habilidades necesarios para una buena adaptación personal y social. Como consecuencia, han ido quedando relegados los procesos mediadores que regulan la relación conocimiento-conducta, es decir, el paso del conocimiento a la acción. La teoría cognitiva social de Bandura se desarrolla como un intento de estudiar este campo intermedio.

De acuerdo con Bandura (1977, 1987), los conocimientos y las habilidades son elementos necesarios, pero no suficientes, para conseguir una adaptación y un rendimiento adecuados. La persona no siempre actúa de forma óptima aunque conozca 1) cuál es la conducta más correcta a desarrollar, 2) disponga de las habilidades necesarias y/o 3) conceda interés al resultado o recompensa que podría obtener si actuara de forma adecuada. Podemos preguntarnos entonces por la razón de esta pobre actuación, o por qué diferentes personas con recursos similares reaccionan, rinden, de forma diferente ante una misma situación. Para Bandura, ello se debe a las creencias que el individuo tiene sobre sus capacidades y recursos personales.

Bandura (1977) se refiere a estas creencias con el nombre de "**expectativas de autoeficacia**", y las define como los juicios que tiene la persona sobre sus capacidades para enfrentarse eficazmente a las circunstancias; estos juicios toman la forma de "soy capaz", "me siento seguro de poder hacerlo", "tengo dudas", "no confío demasiado en mis capacidades", etc.

El creerse capaz, eficaz, en llevar a cabo cierta actividad o enfrentarse a una situación determinada (hablar ante diferentes públicos, ser asertivo con distintas personas, resistir la tentación de beber en diferentes situaciones), es, según Bandura, relativamente independiente de las capacidades reales, y, sin embargo, influye en la actuación de la persona y la condiciona. Si un individuo no confía en sus capacidades para exponer sus conocimientos, dar charlas, participar en congresos, etc., es más probable que evite estas situaciones que si se muestra seguro o que lo haga deficientemente, y ello a pesar de que objetivamente disponga de las aptitudes necesarias. Por esta razón, el autor considera necesario que una teoría psicológica se interese no sólo porque el individuo adquiera conocimientos o habilidades, sino también porque adquiera la confianza suficiente en sí mismo para utilizarlos. En estos términos se expresa Bandura (1987) para justificar el estudio de la autoeficacia:

*"Entre los distintos aspectos del autoconocimiento, quizá ninguno influya tanto en la vida diaria del hombre como la opinión que éste tenga de su eficacia personal...Un rendimiento adecuado requiere tanto la existencia de habilidades como la creencia por parte del sujeto de que dispone de la eficacia suficiente para utilizarlas...Por tanto, la iniciación y el control de las interacciones con el entorno están gobernadas en parte por el juicio que haga el individuo de sus propias capacidades operantes -la opinión que éste tenga de lo que puede hacer en determinadas circunstancias-." (Bandura, 1987, pp. 415-416).*

Bandura (1977, 1987) considera que la expectativa de autoeficacia es una creencia que puede variar dependiendo de la actividad y de la situación en la que se encuentre el individuo. Una persona puede creerse capaz en una tarea determinada y no en otra, o aumentar su autoeficacia en ellas según va adquiriendo más experiencia y edad.

Consecuentemente, para una evaluación correcta de la autoeficacia es necesario limitar la atención a la actividad en la que estemos interesados (conducir, ser asertivo, estudiar, dejar un hábito, etc), y estimar el grado en que una persona se muestra confiada en realizar esa conducta en todas aquellas situaciones susceptibles de provocarla. Por ejemplo, para saber el grado de autoeficacia de una persona en conducir necesitamos saber cómo lo hace tanto por una ciudad, en sus calles estrechas y avenidas, como por autopistas y puertos de montaña (Bandura, 1984a, 1987). De la misma manera, para conocer el grado de autoeficacia de un alcohólico en resistir la tentación de beber, necesitaremos saber qué piensa de su capacidad en situaciones de presión social, de estados de ánimo negativos, cuando tiene que afrontar un problema, etc.

## **4.2. IMPORTANCIA DE LA AUTOEFICACIA**

La importancia de las expectativas de autoeficacia radica básicamente en que determinan, en parte, la forma en que se comporta una persona (Bandura, 1977, 1984a, 1987, 1989; Bandura & Abrams, 1977; den Boer et al., 1991; Maddux, 1991; Maddux, Norton & Stoltenberg, 1986; Rosenthal, 1978; Shelton, 1990; Strecher et al., 1986). Como se podrá observar a continuación, los efectos que producen dichas creencias a

nivel cognitivo, afectivo y conductual son similares a los propuestos por Rotter y colaboradores respecto de las expectativas de lugar de control. Y es que ambas expectativas, como decíamos al principio del capítulo, comparten un mismo aspecto: hacen referencia al control que una persona cree tener sobre ciertos sucesos. Entre los efectos de las creencias de autoeficacia, destacamos los siguientes:

1) *A nivel cognitivo*, las expectativas de autoeficacia promueven patrones de pensamiento que pueden ser facilitadores o inhibidores.

Las personas que tienen una baja expectativa de autoeficacia piensan demasiado en sus deficiencias y exageran la magnitud de sus limitaciones y/o de las dificultades que tienen que afrontar. Por el contrario, las personas que confían en sus capacidades tienden a pensar y anticipar de forma más positiva las situaciones que se les presentan así como de los resultados que se siguen de ellas.

La autoeficacia también afecta a las explicaciones que dan las personas a los éxitos y fracasos que obtienen en sus vidas (Collins, 1982). Los individuos que se consideran capaces, competentes, tienden a atribuir sus fracasos a una cantidad de esfuerzo insuficiente o alguna otra causa específica; mientras que los que dudan de su competencia, atribuyen dichos fracasos a una falta de inteligencia o capacidad.

2) *A nivel afectivo*, las creencias sobre autoeficacia afectan al nivel de estrés, de ansiedad y depresión que una persona experimenta en situaciones difíciles y amenazantes.

Según Bandura, la amenaza no es una propiedad fija de los sucesos, sino más bien una propiedad que algunos individuos adjudican a las situaciones, y que relaciona las capacidades personales percibidas y lo potencialmente aversivo de la situación. Los individuos que creen que pueden ejercer control sobre posibles amenazas, evocan menos emociones aprensivas y no se dejan perturbar o influir demasiado por ellas. En cambio, aquellos que creen que no pueden enfrentarse eficazmente a esas situaciones experimentan altos niveles de estrés y

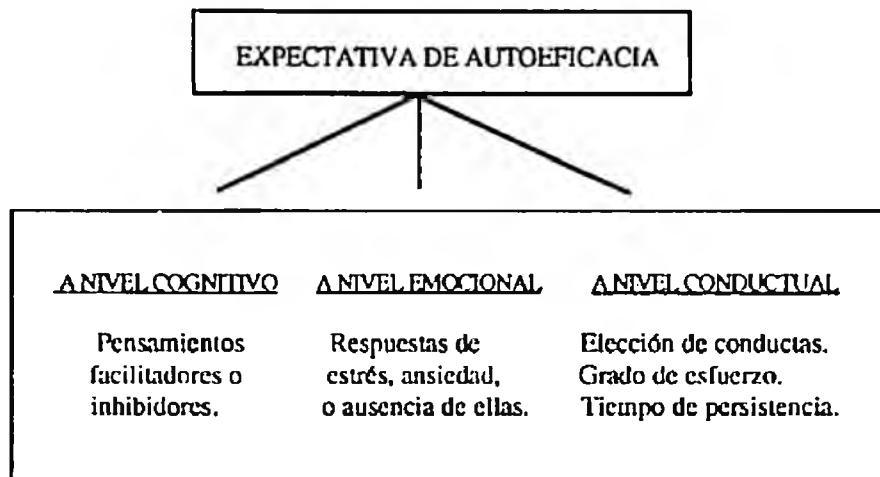
ansiedad, y, como resultado, distraen su atención de lo que debería ser el comportamiento adecuado y/o evitan esos entornos.

3) *A nivel conductual*, la percepción de autoeficacia influye en dos aspectos: la elección de conductas y el grado de esfuerzo.

La mayor parte del comportamiento humano se regula por objetivos, y los objetivos que nos proponemos están influidos por la evaluación que hacemos de nuestras capacidades (Zimmerman, Bandura & Martínez-Pons, 1992). Cuanto mayor sea la eficacia percibida, mayores serán los objetivos y nuestros compromisos con ellos. Es decir, el sentirse capaz, competente, facilita la elección variada de actividades, y contribuye al crecimiento y desarrollo de competencias. Por el contrario, las autopercepciones de ineficacia inducen a evitar ciertas actividades y entornos, aun cuando objetivamente se disponga de habilidades. Los costos personales pueden ser considerables, porque la persona que se subestima se limita en sus propias acciones y se ve privada de experiencias que podrían resultar gratificantes y enriquecedoras.

Por otra parte, los juicios de eficacia determinan la cantidad de esfuerzo que emplea la persona al afrontar situaciones difíciles así como la persistencia o tenacidad que despliega (Bandura & Cervone, 1983; Bandura, Reese & Adams, 1982; Cervone, 1989; Chwalisz, Altmeyer & Russell, 1992; Vasil, 1992). Los individuos que se sientan inseguros reducen con mayor probabilidad sus esfuerzos o abandonan la "lucha" al enfrentarse a las dificultades, mientras que los que tienen un sentido elevado de eficacia desarrollan esfuerzos más intensos para poder dominar el desafío que éstas representan. Generalmente, la perseverancia tiene como resultado la mejora en el rendimiento.

En la página siguiente, presentamos un gráfico-resumen de los efectos de la expectativa de autoeficacia a nivel cognitivo, afectivo y conductual:



(Gráfico 5. Efectos de las expectativas de autoeficacia).

A pesar de la importancia que concede a las expectativas de autoeficacia, Bandura (1977) sostiene que no son el único determinante de la conducta. Las capacidades reales y el interés que el sujeto tiene en el resultado a obtener son factores muy importantes a tener en cuenta. Lo que sostiene Bandura es que, dado un nivel adecuado de capacidades y de interés, la autoeficacia percibida será el determinante mayor de la conducta a adoptar, del esfuerzo y de la persistencia. Y, dado que el éxito requiere por lo general esfuerzo y constancia, la autoeficacia determina, al menos parcialmente, la consecución del objetivo deseado.

Estas reflexiones y los resultados que obtiene en sus investigaciones, especialmente con conductas fóbicas, llevan a Bandura (1977, 1987, 1991) a defender que la autoeficacia es el mecanismo cognitivo necesario para la adquisición y cambio de conductas necesarias. Y propone que todo procedimiento terapéutico es eficaz en la medida en que desarrolle la creencia en el paciente de ser capaz de afrontar con éxito ciertas realidades.

Acorde con su teoría, si el paciente se cree capaz de aprender a realizar una conducta determinada (ser asertivo, resistir la tentación de beber o fumar, etc.), o si confía que lo logrará a través de la ayuda del terapeuta, dedicará el tiempo y los esfuerzos necesarios. Pero si duda de sus capacidades, su constancia y su participación en el tratamiento serán menores, y también sus posibilidades de lograrlo.

Las implicaciones de esta creencia de autoeficacia en la clínica han sido señaladas por distintos autores como prometedoras, y una buena prueba de ello es que han empezado a atraer la atención de muchos investigadores interesados en problemas tan variados como obsesiones, estados de ánimo negativos, disfunciones sexuales, sobrealimentación, adhesión a regímenes, realización de ejercicios físicos, etc. (Altmaier et al., 1993; den Boer et al., 1991; Denvis et al., 1982; Desharnais, Boullion & Godin, 1986; Foster & Jeffery, 1986; Kok et al., 1991; Mathews et al., 1977; Rosebaum & Hadari, 1985; Schneider, O'Leary & Agras, 1987; Slater, 1989; Strecher et al., 1986).

Todos estos autores confirman en gran medida las predicciones de la teoría de Bandura, al observar en sus estudios que el nivel de autoeficacia se relaciona con la participación activa y el éxito en el tratamiento. En este sentido, los sujetos más convencidos de sus capacidades demostraron un afrontamiento más activo ante los problemas o las situaciones conflictivas y unos resultados más duraderos que los que dudaban de sus posibilidades. Una revisión más extensa de los estudios llevados a cabo para comprobar el papel de la autoeficacia en el área de la salud se puede encontrar en una publicación reciente del propio autor (Bandura, 1991).

En resumen, y al igual que con la expectativa de lugar de control, se recomienda desde las teorías cognitivas desarrollar un sentimiento de confianza, una creencia en la propia capacidad, para tratar con diversos problemas (como por ejemplo el alcoholismo), susceptibles de mejora, con la convicción de que el sujeto movilizará los recursos necesarios y afrontará mejor las situaciones. En el capítulo 6 veremos las implicaciones de considerar esta creencia en el tratamiento del alcohólico y los resultados encontrados en la investigación sobre alcoholismo.

### **4.3. FUENTES DE LA AUTOEFICACIA**

Hemos visto que la autoeficacia percibida afecta a los pensamientos, las emociones y las conductas que adopta la persona ante una actividad o situación determinada, y que por estas consecuencias atrae precisamente la atención del mundo de

la práctica clínica. Ahora bien, ¿cómo se desarrolla la autoeficacia?, ¿cuáles son las fuentes de esta creencia?

Según Bandura (1977, 1987), son cuatro las fuentes principales:

1) *La propia experiencia*. La práctica constituye la mayor fuente de información sobre eficacia personal ya que se basa en experiencias reales. El éxito aumenta la percepción de eficacia, mientras que los fracasos repetidos la disminuye.

Una vez alcanzada una creencia firme de autoeficacia a partir de éxitos personales, es improbable que los fracasos ocasionales que puedan producirse cambien la percepción del sujeto sobre su capacidad. Cuando el sujeto está seguro de sí mismo, tiende a considerar como responsables de los fracasos un esfuerzo insuficiente o la falta de estrategias adecuadas.

Por tanto, aunque la creencia en la autoeficacia sea una condición para la adquisición de conductas o el cambio de comportamientos disfuncionales, la práctica exitosa de dicha conducta (resistir la tentación de beber, defender los propios derechos, por ejemplo), ya sea por cuenta propia o a través de un tratamiento, es el procedimiento más eficaz para afianzar la creencia de eficacia.

2) *La experiencia vicaria*. El aprendizaje no sólo se produce por experiencia personal, sino también por observación. El ver a otras personas, similares a uno mismo, desenvolverse con éxito en una situación puede aumentar la percepción de eficacia del observador, al creer que él mismo posee también las capacidades suficientes para dominar esa situación (esto explica en parte el efecto favorable que tienen las asociaciones de autoayuda en la recuperación de alcohólicos: todos los miembros son alcohólicos y, aunque muchos no beban en la actualidad, sirven de modelo a los alcohólicos que están intentando dejar de beber).

Por la misma regla, observar cómo fracasan otros similares, a pesar de los esfuerzos realizados, disminuye la confianza del observador en sus capacidades y reduce igualmente su tesón.

3) *La persuasión verbal.* Se utiliza ampliamente para inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para realizar aquello que desea. Aunque no es uno de los métodos más eficaces, puede contribuir a que el sujeto se esfuerce en sus tareas a pesar de las dificultades y los problemas que pueda encontrar. En la medida en que dicha persuasión logra unos niveles altos de esfuerzo, en esa medida se favorece el desarrollo de habilidades y la percepción de eficacia.

Por el contrario, si se persuade a las personas de que no son capaces, existe más probabilidad de que se den por vencidas ante las dificultades y/o que eviten actividades desafiantes.

4) *El estado fisiológico.* Al juzgar sus capacidades, el individuo se basa en parte en la información sobre su estado fisiológico (sudoración, nerviosismo...) e interpreta su activación somática ante las situaciones estresantes como indicios de vulnerabilidad. Dado que, por lo general, un nivel de activación elevado debilita el rendimiento, el individuo suele ser más optimista, en cuanto al éxito que podrá alcanzar, cuando no se siente desbordado por el grado de activación somática que cuando se nota tenso y nervioso.

La información que proporcionan estas cuatro fuentes no siempre es lo suficientemente clara para la formación de juicios sobre la propia eficacia ni siempre se procesa de forma adecuada. Es decir, una cosa es la información que se recibe del exterior y otra distinta la que se selecciona y a la que se presta atención. Como dice Bandura (1977, 1987), es importante considerar de forma realista el conjunto de información referente a nuestras capacidades, atendiendo tanto a los aspectos positivos como a los negativos. La sobreestimación de los aspectos positivos puede ocasionar consecuencias negativas para la persona si ésta se compromete con actividades o tareas que están en realidad más allá de sus posibilidades, o si afronta dichas actividades sin la seriedad y atención debidas. Por el contrario, centrarse excesivamente en los aspectos

negativos de las actuaciones puede frenar a la persona de hacer aquello que realmente sí es capaz de hacer.

Para una consideración realista de nuestras ejecuciones y de nuestra eficacia personal, es necesario tener en cuenta, además de la propia habilidad, la existencia de otros factores o causas que pueden influir sobre el nivel de rendimiento (Bandura, 1977, 1987; Schunk, 1983; Vasil, 1992): el grado de dificultad de la tarea, la cantidad de esfuerzo invertido, la ayuda recibida, las circunstancias en las que tuvo lugar la conducta, etc. Como veremos en el capítulo siguiente, las atribuciones que hacen las personas de sus éxitos y fracasos son creencias importantes porque determinan, en parte, las expectativas que se formen y, consecuentemente, la conducta que adopten.

## **5. DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE LUGAR DE CONTROL Y DE AUTOEFICACIA**

Las expectativas de autoeficacia y de lugar de control, a pesar de que se propone que ambas condicionan la conducta humana, han sido conceptualizadas de forma diferente por sus respectivos autores, Bandura (1977) y Rotter (1966). En este apartado veremos más de cerca lo que implica en particular cada expectativa y cuáles son sus diferencias y semejanzas.

Atendiendo a las definiciones estrictas, el **concepto de autoeficacia**, de Bandura, hace referencia a la capacidad percibida por el sujeto de realizar una determinada conducta o actividad que supuestamente tendrá unos resultados. Esta expectativa se centra en la relación persona-conducta (ver gráfico 4, p. 32), y, según el autor, es anterior a la creencia de que dicha acción conducirá a unos resultados; simplemente considera si la persona se siente capaz o no.

El concepto de lugar de control, de Rotter, por su parte, se refiere a si el sujeto cree que son sus conductas las que causan los refuerzos o si, por el contrario, éstos dependen de factores externos incontrolables (la suerte, el azar, la influencia de otros poderes). Esta expectativa se centra en la relación conducta-resultados (ver gráfico 4, p. 32), y se refiere a la contingencia o no entre los esfuerzos del sujeto y los resultados que desea.

A su vez, cada autor defiende que su expectativa es la que determina la probabilidad de que la persona actúe y la manera en que lo haga.

Para Bandura, la creencia en la propia eficacia es lo que impulsa a actuar de forma activa (estudiar, participar en campeonatos, etc.), y ello porque en la mayoría de las situaciones el realizar bien una actividad asegura la consecución del refuerzo. Así, por ejemplo, un estudiante estudiará si se cree capaz de entender la materia y pasar las horas necesarias aprendiéndola; una persona participará en un campeonato si confía en sus capacidades para realizar las pruebas. Por el contrario, si estas personas dudan de sus posibilidades en entender la asignatura o en realizar las pruebas necesarias, desistirán de intentarlo.

Para Rotter, sin embargo, lo que motiva a actuar de una u otra manera no es la autoeficacia en sí misma, sino la creencia de si va a conseguir el refuerzo o resultado deseable como consecuencia de sus acciones o de factores externos. Si la persona cree que son sus esfuerzos y acciones las causas principales del refuerzo, actuará: estudiará para aprobar, participará en un campeonato para conseguir el trofeo, etc. Pero si dicha persona cree que la obtención del refuerzo es independiente de lo que ella haga, no actuará. Por ejemplo, cuando sabe que no es posible aprobar ese examen porque depende de criterios arbitrarios o cuando el jurado del campeonato encargado de conceder el trofeo "está vendido". En estos casos, por muy capaz que se sienta de hacer la conducta (el examen, participar en el campeonato), no la llevará a cabo.

A partir de estas definiciones y argumentos, establecemos a continuación una serie de semejanzas y diferencias entre ambos conceptos con el fin de llegar a un acuerdo sobre el papel de cada una en la regulación de la conducta (véase gráfico 6 de la página 64):

- En primer lugar, las dos expectativas tienen un aspecto en común: predecir la conducta, cómo va a actuar una persona ante una situación dada.

- En segundo lugar, bajo ciertas circunstancias la autoeficacia implica un lugar de control interno y, viceversa, una creencia en el control interno implica autoeficacia (1ª posibilidad del gráfico 6). Como dice Bandura, realizar bien una actividad asegura, en la mayoría de las ocasiones, el refuerzo (estudiar y aprobar respectivamente), y, siguiendo a Rotter, creer que el aprobado es contingente con los esfuerzos y la conducta del sujeto implica que él es capaz de estudiar.

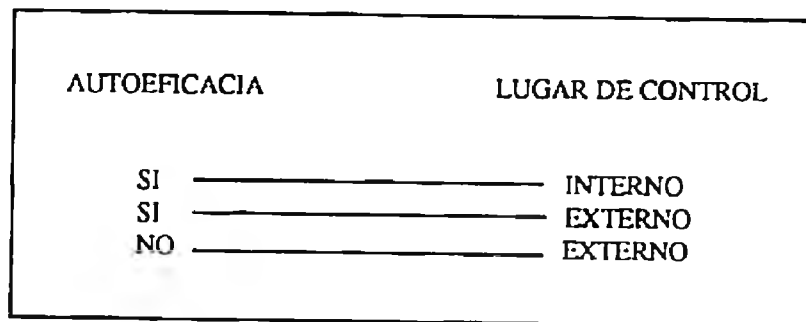
En este caso, ambas expectativas determinan de la misma manera y con la misma fuerza que el individuo, por ejemplo, estudie. Por ello, será lo mismo recurrir a un concepto u otro para conocer la expectativa de control del sujeto y predecir, en parte, su conducta.

- En tercer lugar, y lo que permite diferenciar a ambas expectativas, es que no siempre van unidas o se implican mutuamente. En algunas circunstancias, la autoeficacia no es suficiente para determinar la conducta: concretamente, cuando los resultados a obtener no dependen de la capacidad personal sino de factores externos. Por ejemplo, una persona puede creer que está lo suficientemente preparada para aprobar unas oposiciones o realizar una buena entrevista de selección de personal, pero si cree que la plaza o el trabajo están adjudicados ya de antemano a otra persona es posible que no se presente a ninguna de las dos pruebas. En este caso, el sujeto tiene autoeficacia, pero no lugar de control interno (2ª posibilidad del gráfico 6), y será la expectativa de lugar de control la que mejor prediga el tipo de conducta que va a adoptar el sujeto, si presentarse o no a la prueba.

Ahora bien, cuando el sujeto nos dice que no tiene lugar de control interno, sólo sabemos eso, que no cree en la contingencia conducta-resultados, pero no sabemos si se debe a que "alguien poderoso" controla el ambiente (como en el caso de que la plaza esté ya adjudicada) o a que el sujeto no posee la suficiente autoeficacia (3ª

posibilidad del gráfico 6). Entonces, si queremos saber si la persona cree en su control interno o no cree, usaremos la expectativa de lugar de control. Pero si queremos saber además por qué no tiene control interno, tendremos que usar también la expectativa de autoeficacia

- En cuarto lugar, otra diferencia entre las expectativas es cómo se realiza su medición. La expectativa de autoeficacia se evalúa preguntando al sujeto sobre su capacidad para realizar una conducta en una variedad de situaciones donde es susceptible de presentarse; la de lugar de control se evalúa, en cambio, preguntando al sujeto si cree que el refuerzo está bajo su control o depende de factores externos.



(Gráfico 6. Relaciones posibles entre las expectativas de autoeficacia y las de lugar de control).

*Resumiendo este capítulo*, las expectativas de control se definen como las creencias que tiene un individuo de poder controlar, conseguir o dominar un suceso, un objetivo o una situación cualquiera que se le presente en su vida. Existen en el panorama psicológico dos conceptos que permiten conocer estas creencias: *la expectativa de autoeficacia*, definida como los juicios (positivos o negativos) que se forma una persona sobre sus capacidades para realizar una conducta o actividad, y *la expectativa de lugar de control sobre el refuerzo*, que se refiere a la creencia que tiene dicha persona de si el refuerzo o resultado que quiere conseguir depende de sus propios esfuerzos y conductas o, si por el contrario, depende de factores externos e incontrolables.

La teoría de la que proceden estas dos expectativas, la teoría del aprendizaje social, sostiene que estas expectativas son factores importantes para explicar y predecir la conducta, ya sea normal o desadaptada. Se asume que confiar en las propias capacidades tiene efectos positivos a nivel conductual, cognitivo y afectivo; esto es, anima a intentar conseguir las cosas, a invertir esfuerzos, a pensar con optimismo y sentirse satisfecho. Por el contrario, creer que uno no tiene el suficiente control sobre los sucesos desanima y evita el afrontamiento activo del problema.

Debido a esta relación entre las cogniciones y la conducta, se insiste en general en la conveniencia de desarrollar estas expectativas en las personas. Si bien es importante tener en cuenta la conveniencia de tener creencias de control realistas, acordes con la naturaleza de la situación y con las propias capacidades.

**CAPÍTULO III: LAS  
ATRIBUCIONES CAUSALES  
COMO DETERMINANTES DE LAS  
EXPECTATIVAS**

El objetivo de este capítulo es desarrollar la teoría atribucional de Weiner. Como paso previo, se han dedicado dos apartados a 1) delimitar el concepto de atribuciones causales y sus orígenes, y 2) señalar las diferentes teorías que conforman el enfoque atribucional general. Para terminar, se señala la relación del concepto de atribución con el de expectativa de lugar de control, y se propone la expresión "percepción de control" como un concepto que integra las expectativas y las atribuciones.

## **1. CONCEPTO Y ORÍGENES DE LAS ATRIBUCIONES CAUSALES**

Siguiendo con la línea de las concepciones cognitivas de la psicología, el modelo teórico atribucional se desarrolla como un intento de explicar la percepción y la conducta humanas atendiendo a las explicaciones causales que dan las personas a los sucesos que ocurren en sus vidas. A diferencia de las teorías que estudian las expectativas, el enfoque atribucional no se centra en la anticipación, en las creencias que se refieren a lo que sucederá en un futuro, sino que se interesa por las interpretaciones que hacen las personas de acontecimientos, acciones o resultados que ya han sucedido.

La interpretación que hace un individuo de un acontecimiento dado, su opinión sobre lo que ha causado dicho acontecimiento es lo que se conoce como **atribución**, y se define como la explicación causal que se da ante un hecho ya ocurrido. Así, ante determinados sucesos (dejar de beber, recaer, aprobar los exámenes, no conseguir el puesto de trabajo deseado, ser rechazado por la pareja, etc.), las personas nos preguntamos, implícita o explícitamente, por qué, buscamos una explicación y atribuimos dichos sucesos a una u otra causa. El resultado de esta actividad es la atribución causal.

El interés de las teorías atribucionales se centra, en términos generales, en dos aspectos:

- Analizar las causas que los individuos deducen al explicar los sucesos, propios o ajenos.
  
- Analizar la forma en que estas interpretaciones causales afectan a su conducta futura, a su modo de proceder.

El estudio de la causalidad surge en la década de los años 60 y se debe, fundamentalmente, a los trabajos de Heider (1958) sobre percepción social. Su interés se centra en lo que él llamó "psicología del sentido común": comprender cómo las personas piensan y se perciben a sí mismas y a los demás, cómo reaccionan ante las acciones de los otros y cómo infieren significados de lo que ocurre a su alrededor. Es decir, su interés lo constituyen los sucesos que ocurren diariamente, y Heider defiende el valor de esta aproximación psicológica para la psicología del comportamiento humano porque, según su opinión, la psicología del sentido común (pensamientos, ideas, impresiones...) es la que guía el comportamiento y las expectativas de la gente.

De acuerdo con Heider (1958), para conseguir un mundo más estable, predecible y controlable, la persona busca la causalidad, el porqué, de las cosas. Las causas pueden estar en uno mismo (causas internas) o en el exterior (causas externas), y las causas internas pueden implicar, a su vez, intencionalidad y responsabilidad. Para hacer una atribución de un hecho cualquiera (por ejemplo, un empujón), la persona sopesa la contribución de las diferentes causas posibles (hay mucha gente en la calle, la otra persona iba distraída, es una maleducada, entre otras) y elige aquella que, a su parecer, tiene más peso. Como consecuencia de esta atribución, su reacción será de un modo u otro: no dar importancia al incidente, enfadarse, pedir una explicación, etc.

El análisis de las causas, en palabras de Heider (1958), permite al individuo dar un significado a los sucesos, predecir acciones futuras e influir en su propia conducta. Y constituye un aspecto esencial para la comprensión de la percepción y de las actividades humanas.

Después del trabajo de Heider, el interés por la causalidad y su influencia en la conducta humana va aumentando, y es en los años 70 cuando se desarrollan una serie de teorías que han permitido estudiar y comprender de manera experimental el fenómeno de la atribución.

## **2. EL ENFOQUE ATRIBUCIONAL Y SUS PRINCIPIOS GENERALES**

No existe un cuerpo unificado de conocimientos que se pueda identificar como teoría atribucional; como veremos más adelante, existen muchos teóricos y muchas teorías atribucionales, que en su conjunto forman el llamado "enfoque atribucional general". Sin embargo, y a pesar de esta diversidad de teóricos y teorías, existen unos principios generales que caracterizan a dicho enfoque, entre los cuales podemos destacar los siguientes:

1) El interés por la percepción de la causalidad. Cuando una persona observa un suceso, a veces se pregunta "¿por qué ha sucedido?", "¿cuál es la causa?", y se forma una creencia, una atribución, sobre lo que ha producido dicho suceso. Este suceso puede ser el comportamiento de otra persona, los éxitos/fracasos que obtenemos en la vida y/o determinados acontecimientos positivos y negativos.

Como dice Snyder (1976), las causas que se deducen no son necesariamente causas reales sino causas percibidas. E, independientemente de su certeza y del nivel de consciencia que se tenga sobre ellas, se constituyen en creencias firmes que condicionan el modo de comportarse de una persona. Y aquí radica básicamente su importancia (Antaki, 1982; Betancourt, 1984; Fiske & Taylor, 1984; Frieze & Bar-Tal, 1979; Kelley & Michela, 1980; Weiner, 1985a, 1985b, 1986).

2) El interés por estudiar cómo el observador, la persona de la calle, se explica la ocurrencia de los hechos y cómo utiliza la información que tiene a su alrededor para formar explicaciones causales (Harvey & Weary, 1984; Jones & Davis, 1965; Kelley, 1967, 1971; Kelley & Michela, 1980; Ross & Anderson, 1982). Las explicaciones causales,

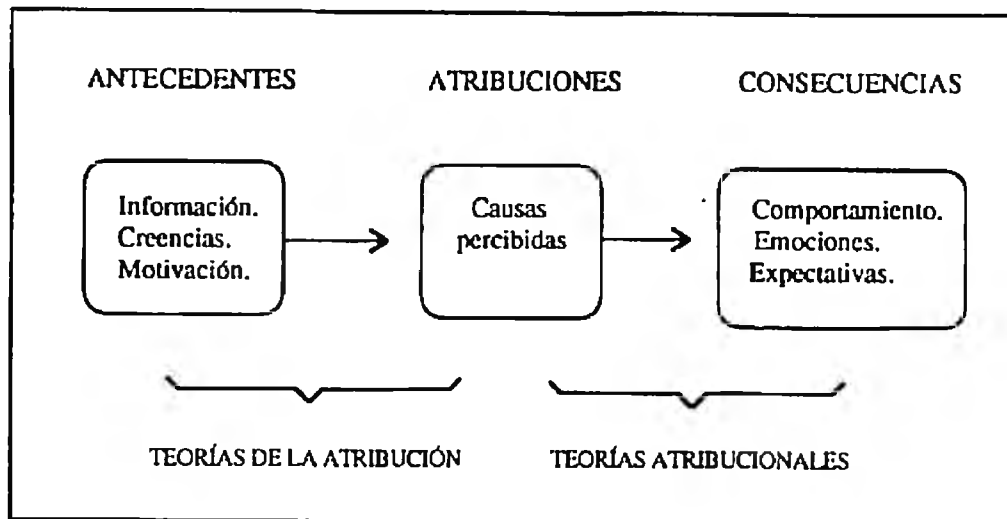
como ya hemos comentado, sirven de objeto de estudio para entender las reacciones emocionales y conductuales de las personas.

3) El supuesto de que son factores motivacionales los que conducen al análisis causal: la necesidad y el deseo de comprender, controlar e influir en el entorno. Y el mejor modo de conseguir este objetivo es conociendo las causas de los acontecimientos; este conocimiento nos permite predecir y/o controlar algunos sucesos preparando pautas de acción adecuadas (Fiske & Taylor, 1984; Harvey & Weary, 1981; Heider, 1958; Taylor, 1983; Weiner, 1985b).

El sentido de control se considera que es fundamental porque significa sentirse responsable y capaz de lograr resultados deseables. Juega también un papel esencial en el autoconcepto y autoestima (a mayor percepción de control sobre las situaciones, mayores sentimientos de competencia y orgullo), constituyéndose en una necesidad psicológica central (Fiske & Taylor, 1984; Mineka & Hendersen, 1985; Weiner, 1985b).

Finalmente, el análisis causal es especialmente importante cuando nos encontramos con situaciones nuevas, inesperadas o amenazantes (Wong & Weiner, 1981). Se convierte entonces en una actividad deliberada e intentamos saber el "porqué" de esa situación. La explicación a este "porqué" nos capacitará, o dificultará, para enfrentar correctamente la situación.

Como se ha comentado, existen diversas teorías que conforman el enfoque o modelo atribucional general. De acuerdo con Kelley y Michela (1980), dentro de este modelo hay una distinción entre lo que podría llamarse "teorías de la atribución" y "teorías atribucionales". El gráfico de la página siguiente representa el modelo general de la atribución, las teorías que lo componen y sus objetos de estudio.



(Gráfico 7. Modelo general de la atribución.  
Kelley & Michela, 1980, p. 459).

El objetivo de las *teorías de la atribución* es el estudio de la causalidad y su percepción. No hay una sino varias teorías de atribución: la teoría de la inferencia correspondiente de Jones y Davis (1965), el modelo de covariación y esquema causal de Kelley (1967, 1971), la teoría de la emoción de Schachter (1964) y el trabajo de Bem (1972) sobre la auto-percepción. Todas ellas constituyen el enfoque clásico de la atribución, y estudian las percepciones de causas o atribuciones en sí mismas<sup>4</sup>. Para ello, se centran en el estudio de los procesos cognitivos que hacen posible la atribución, concretamente en el enlace antecedentes-atribuciones. Estas teorías destacan, como principales antecedentes de la atribución, la información disponible en el entorno, las creencias del individuo y su motivación.

Por su lado, el objeto de las *teorías atribucionales* lo constituye la relación atribuciones-consecuencias, es decir, el efecto que las atribuciones producen en el comportamiento, el afecto y las expectativas. Como sucede en las teorías de atribución, no existe una teoría atribucional completa y sistemática, sino que hay un cierto número de teorías distintas: la teoría de la atribución incorrecta de Schachter y Singer (1962), la

<sup>4</sup> Los autores arriba mencionados estudiaron la manera "correcta" y racional de hacer atribuciones. Para ello, desarrollaron diversas teorías en las que detallaron y explicaron las normas y los principios por los que se "debe" regir el proceso de hacer atribuciones. Sin embargo, las personas al hacer atribuciones cometemos errores, "caemos" en sesgos, que influyen en nuestras percepciones y conductas. El estudio de estos errores o sesgos atribucionales, sus motivos, las consecuencias que tienen, entre otros aspectos, es el objeto de interés de diversos trabajos y autores, como Fiske & Taylor (1984), Harvey & Weary (1984), Kelley & Michela (1980) y Ross & Anderson (1982).

reformulación atribucional de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) y el modelo atribucional de la motivación de logro de Weiner (1972, 1974, 1979). Estas teorías constituyen el llamado enfoque contemporáneo.

Si bien existen diversas teorías que forman el modelo atribucional, y dado que hacer una revisión de cada una de ellas va más allá del objetivo de esta tesis, vamos a centrar nuestra atención en una de ellas: el modelo atribucional de Weiner. Dicho modelo supone la integración por excelencia de los estudios que existen sobre la atribución, porque, de una parte, recibe las influencias de las llamadas teorías de la atribución y, de otra, analiza las consecuencias de las atribuciones causales en las reacciones emocionales, expectativas y conducta humana. Esta idea de la integración es puesta de manifiesto por Bermúdez y Pérez (1989) en la siguiente cita:

*"El estudio de los procesos de atribución ha encontrado su exposición más integradora en la teoría de la motivación de logro de Weiner que, además de retomar la influencias de las teorías de Heider, Kelley, y Jones y Davis, sobre los determinantes internos-externos de la conducta, analiza las consecuencias que las adscripciones causales sobre las acciones tienen en la conducta futura. Por su carácter integrador puede considerarse que esta teoría representa el estado en que se encuentra la investigación sobre atribución en la actualidad" (Bermúdez & Pérez, 1989, p.100).*

### 3. MODELO ATRIBUCIONAL DE WEINER

El modelo atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979; Weiner et al., 1971) es una teoría de la motivación, una teoría que trata de explicar y predecir la conducta atendiendo al papel que juegan las atribuciones causales. Es un intento, a su vez, de completar el estudio cognitivo del comportamiento que por la década de los 70 venían haciendo las teorías cognitivas de la expectativa.

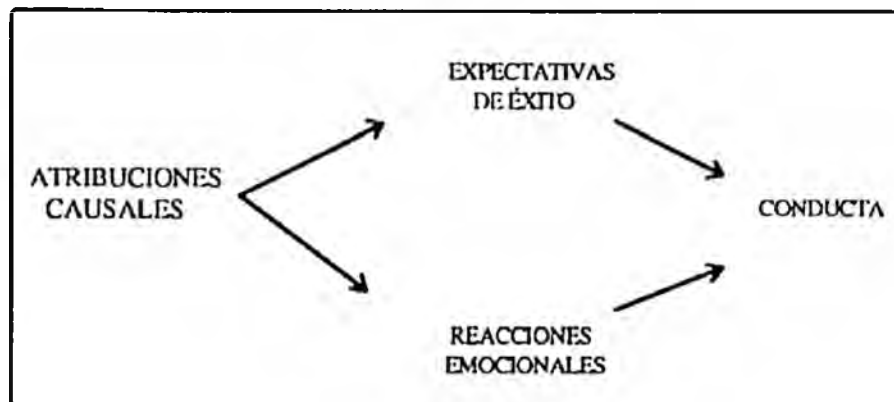
Como ya hemos visto en el capítulo anterior, las teorías cognitivas sostienen que la ejecución de un comportamiento está en función de dos determinantes: la expectativa de lograr con esa conducta un resultado y el valor subjetivo de este resultado. Weiner (Weiner, 1972, 1974; Weiner et al., 1971) llama a estas teorías cuasi-cognitivas, porque su centro de estudio lo constituyen únicamente las consecuencias de tener unas u otras expectativas, y se olvidan de otros procesos cognitivos importantes. Es decir, estas teorías afirman que una persona se comporta de la forma en que lo hace porque tiene la esperanza, o no, de conseguir un refuerzo; por ejemplo, el estudiante estudia porque piensa que va a aprobar, o no estudia porque no confía en que apruebe. Pero, aparte de este proceso de anticipación, estas teorías no analizan ninguna otra actividad cognitiva, no se preguntan, como dice Weiner, el porqué de esta expectativa, ¿por qué el estudiante espera, o no espera, aprobar?.

Weiner (1972, 1974, 1979) y Weiner y colaboradores (1971) intentan dar respuesta a esta pregunta y para ello analiza las razones que tiene el sujeto para pensar así, es decir, recurre al análisis causal. Según Weiner, dependiendo del tipo de causas al que el estudiante atribuya la posibilidad de aprobar (inteligencia, suerte, que pueda copiar, etc.), su expectativa ante el examen será diferente. Consideremos, por ejemplo, que el sujeto cree que puede aprobar porque entiende y domina la materia, entonces su expectativa de aprobar será alta. Por el contrario, si considera que no entiende la materia y que sólo aprobará dependiendo de la suerte que tenga o de sus posibilidades de copiar, es más probable que no se forje demasiadas expectativas positivas.

El análisis causal, por tanto, nos permite entender las expectativas y, a partir de aquí, la conducta. Y, según Weiner (Weiner, 1972, 1974; Weiner et al., 1971), es este proceso cognitivo el que han olvidado las teorías de la expectativa, siendo fundamental para comprender mejor el porqué de la conducta (estudiar o abandonar los estudios, dejar de beber o continuar bebiendo...), o por qué dos personas reaccionan de diferente manera ante un mismo hecho.

La idea central de la teoría atribucional de Weiner se puede expresar de la siguiente manera: la motivación hacia algo, actuar de una u otra manera, está en función de las experiencias y los resultados pasados, y de las atribuciones causales que se hace de ellos. Estas atribuciones, como se puede observar en el gráfico de la página siguiente y como iremos viendo a lo largo de este apartado, influyen en la expectativa de éxito futuro, en las reacciones emocionales y, consecuentemente, se espera que afecten a la conducta.

De esta manera, Weiner (1985a, 1985b) relaciona en una misma teoría la estructura del pensamiento, por un lado, y las dinámicas del sentimiento y de la acción, por otro:



(Gráfico 8. Relación entre las atribuciones causales, las expectativas, las emociones y la conducta).

La teoría de Weiner (Weiner, 1972, 1974, 1979, 1985a, 1985b, 1986; Weiner et al., 1971) ha pasado por distintas formulaciones desde su primera exposición. Para comprender mejor su teoría, que en el capítulo 7 aplicaremos al problema del alcohólico (¿por qué ese alcohólico puede, o no, dejar de beber?), seguiremos el siguiente esquema: empezaremos por conocer qué es el análisis causal, y en él cuáles son los factores causales, las dimensiones de causalidad y los antecedentes de las atribuciones. Seguiremos con las consecuencias de las atribuciones: cognitivas, afectivas y conductuales. Y, finalmente, hablaremos de las implicaciones terapéuticas que tiene dicha teoría.

### 3.1. ANÁLISIS CAUSAL

El análisis causal es el proceso de atribuir los sucesos que ocurren a nuestro alrededor a una serie de causas. El análisis causal responde a la pregunta tan frecuente de

"¿por qué?", con la que intentamos explicar la ocurrencia de los hechos. Los sucesos sobre los que nos preguntamos pueden ser muy variados y estar relacionados indistintamente con el ámbito personal, familiar, social, laboral o cósmico (¿por qué me evitan?, ¿por qué le han despedido?, ¿por qué les han hecho un homenaje?, ¿por qué un terremoto destruye un pueblo?).

Debido a que la investigación de Weiner (Weiner, 1972, 1974, 1979; Weiner et al., 1971) se centra en el ámbito académico, los sucesos se agrupan básicamente en dos categorías: éxitos (logros) y fracasos. Pero esta misma distinción se ha ido extendiendo en la investigación de otros campos, como el de la salud física y psíquica (Affleck et al., 1987; Firth-Cozens & Brewin, 1988; Murdock & Altmaier, 1991), el deporte (McAuley & Duncan, 1990), los problemas interpersonales (Finchman, 1985, 1987), la soledad (Michela, Peplau & Weeks, 1982; Peplau et al., 1979) y más recientemente las adicciones (Eiser, 1982; Marlatt, 1978, 1985b), y esto porque los resultados que obtenemos u observamos en nuestras vidas pueden dividirse prácticamente en dos: positivos (éxitos) y negativos (fracasos). Como veremos en el capítulo 7, en el caso del alcohólico los éxitos y fracasos serán el mantener la abstinencia y la recaída, respectivamente.

### 3.1.1. FACTORES CAUSALES

Las causas que provocan los sucesos (sean éstos positivos o negativos) ha sido una de las primeras cuestiones que se formularon los teóricos de la atribución. Los primeros antecedentes relacionados con la búsqueda de las causas son Heider (1958) y Rotter (1966). Weiner (1972, 1974) y Weiner y colaboradores (1971), siguiendo los estudios de estos autores y basándose en los suyos propios, sostienen que las personas utilizan principalmente cuatro factores para interpretar o predecir el resultado de una tarea: capacidad, esfuerzo, dificultad de la tarea y suerte. Por supuesto, hay otras causas, como pueden ser la fatiga, el estado de ánimo, la intervención de otras personas, etc. Pero los trabajos en el ámbito académico, donde se movió Weiner, demuestran de forma constante que son los 4 factores arriba señalados las causas más generales y significativas de los sucesos.

Según Weiner, la persona, al explicar el éxito o fracaso obtenido en una actividad o situación, evalúa su capacidad, la cantidad de esfuerzo que ha invertido, la dificultad de la tarea y la magnitud y dirección de la suerte. Como consecuencia de esta evaluación, la persona asigna valores a estos factores, y atribuye el resultado de forma diferente a estos cuatro factores causales.

### 3.1.2. DIMENSIONES CAUSALES

Estudiar la atribución de la causalidad significa analizar las propiedades y las características de las causas. Puede haber muchas causas, pero todas ellas se clasifican en una serie de propiedades o dimensiones: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y controlabilidad-incontrolabilidad; esto es, las causas pueden ser internas o externas, estables o inestables, y controlables o incontrolables. El estudio de la causalidad basado en estas dimensiones permite (Weiner, 1985a, 1985b):

- Conocer en qué se parecen y diferencian las distintas causas entre sí, dada la posible diversidad de las mismas según los individuos y las situaciones.
- Comprender y predecir las expectativas de éxito, las reacciones emocionales y la conducta de las personas.
- Establecer comparaciones entre las distintas investigaciones, contribuyendo de esta forma a un mejor conocimiento de la causalidad y su influencia en la motivación y acción.

En las primeras formulaciones de la atribución, la dimensión importante de la causalidad era el "locus" o "localización", que se refiere al lugar donde la persona sitúa el origen del suceso (Heider, 1958). El lugar de la causa puede ser interno (cuando la persona cree que la causa de un suceso está en ella) o externo (cuando la persona cree que la causa de ese suceso se debe a otros o al ambiente). DeCharms (1968), Deci (1975) y

Rotter (1966) hablaron también en sus trabajos de esta dimensión de internalidad-externalidad, aunque dichos autores no se encuadren propiamente dicho dentro del modelo atribucional. De acuerdo con este primer análisis de la causalidad, la capacidad y el esfuerzo son causas internas, y la dificultad de la tarea y la suerte son causas externas.

La segunda dimensión, la **estabilidad**, se refiere a la naturaleza temporal o permanente de la causa. Las causas pueden ser estables o inestables, además de internas y externas. La capacidad es una causa interna y estable; el esfuerzo es una causa interna e inestable; la dificultad de la tarea es una causa externa y estable; y la suerte es una causa externa e inestable (Weiner, 1972, 1974; Weiner et al., 1971). Heider (1958) sirve aquí también de guía, al diferenciar en su obra características fijas, como la capacidad, y variables, como la suerte.

De acuerdo con las dos dimensiones identificadas inicialmente (Weiner, 1972, 1974; Weiner et al., 1971), las 4 causas mencionadas fueron incluidas en una taxonomía bidimensional, tal y como se refleja en el gráfico 9:

CAUSAS	INTERNAS	EXTERNAS
ESTABLES	Capacidad	Dificultad de la tarea
INESTABLES	Esfuerzo	Suerte

(Gráfico 9. Ejemplos de causas en función de su internalidad y estabilidad. Weiner et al., 1971, p.96).

Una tercera dimensión, identificada igualmente por Heider (1958) e incorporada más tarde por Rosebaum (1972) al campo de la motivación en el ámbito académico es la intencionalidad, esto es, si las causas son intencionales o no. Aunque en un principio tal dimensión fue aceptada (Weiner, 1974), estudios posteriores pusieron de manifiesto que Rosebaum había identificado erróneamente la dimensión (Weiner, 1979).

Rosebaum en sus análisis observó la necesidad de diferenciar las causas en una tercera dimensión, y puso como ejemplo el esfuerzo y el estado de ánimo. Según el autor, ambas causas son internas e inestables, pero se diferencian entre sí, y lo que las diferencia es la intencionalidad de las mismas: el esfuerzo es intencional y el estado de ánimo no lo es. Sin embargo, trabajos posteriores comprobaron que el hecho de que los sujetos atribuyeran el fracaso a la falta de esfuerzo no significaba que hubiera una intención premeditada de fracasar, tal y como sugería la dimensión de intencionalidad, y se observó que en lo que se podían diferenciar las causas era en el control que se podía ejercer sobre ellas. Por ello, se propuso denominar a esta dimensión como **controlabilidad**, que clasifica las causas como controlables por el sujeto (por ejemplo, el esfuerzo) e incontrolables (por ejemplo, el estado de ánimo).

A continuación, se presenta gráficamente la taxonomía que desarrolla Weiner (1979) en base a las tres dimensiones y que le permite clasificar las causas y observar sus efectos. En este período, el autor introduce 8 ejemplos de causas para representar las distintas dimensiones.

CAUSAS	INTERNAS		EXTERNAS	
	ESTABLES	INESTABLES	ESTABLES	INESTABLES
CONTROLABLES	Esfuerzo común	Sobreesfuerzo	Tendencia de un profesor a	Ayuda inusual de otro
INCONTROLABLES	Capacidad	Estado de ánimo	Dificultad de la tarea	Suerte

(Gráfico 10. Ejemplos de causas en función de su internalidad, estabilidad y controlabilidad. Weiner, 1979, p. 7).

Resumiendo, las causas pueden clasificarse en función de tres propiedades: pueden ser internas o externas, estables o inestables y controlables o incontrolables. Estas dimensiones permiten estudiar la causalidad, a pesar de que los sujetos puedan ofrecer muchas causas distintas. Las dimensiones se han derivado de un examen lógico de las causas que ofrecían los diferentes sujetos que participaban en los estudios de Weiner y sus colaboradores, si bien ciertos investigadores (Meyer; 1980; Michela, Peplau &

Weeks, 1982) han comprobado la existencia de estas dimensiones empleando técnicas como el análisis factorial o la escala multidimensional.

Ahora bien, y como dice el propio Weiner (1979, 1983) y otros autores (Amirkhan, 1982; Betancourt, 1984; Russell, 1982), la clasificación o taxonomía de las causas es un punto de referencia importante para el estudio de la causalidad, pero no quiere decir que las causas tengan que percibirse necesariamente como se indica en la taxonomía por todas las personas y situaciones. Lo importante es cómo la persona percibe la causa en función de su situación y de sus creencias personales. Así, por ejemplo, podemos encontrar que la suerte, que ha sido clasificada como algo externo e inestable, puede percibirse como algo interno y estable ("soy una persona afortunada/desafortunada"), o que la capacidad puede interpretarse tanto como algo controlable y mejorable con el aprendizaje, como incontrolable y fijo.

### **3.1.3. ANTECEDENTES DEL ANÁLISIS CAUSAL**

De acuerdo con la teoría atribucional, es esencial determinar los antecedentes bajo los cuales se hacen las atribuciones a uno u otro factor. Es decir, necesitamos saber en qué nos basamos para atribuir de la forma en que lo hacemos, cómo llegamos a creer que es esta causa y no la otra la responsable de un suceso. Entre los antecedentes posibles, podemos enumerar los siguientes:

1) Se considera que el antecedente más importante es un conjunto de informaciones específicas, entre las que destacan la historia personal de éxitos y fracasos, las pautas sociales, las características de la actividad y la variabilidad del resultado (Weiner, 1972, 1974; Weiner et al., 1971).

Veamos algunos ejemplos con las cuatro causas ya conocidas:

- Atribuir un resultado a la capacidad depende de la historia pasada: éxitos o fracasos repetidos indican, en parte, si una

persona "puede" o "no puede". Al mismo tiempo, comparar el resultado con el obtenido por los demás ayuda a esclarecer si es la capacidad la causa: si un individuo triunfa en una tarea en la que, por lo general, los demás fracasan, se percibirá probablemente a sí mismo como muy competente.

- La dificultad de la tarea se infiere de las normas sociales y de las características objetivas de la tarea (complejidad, novedad...). Si un gran número de personas son capaces de realizar una actividad, es probable que el triunfo sea atribuido a la facilidad de la tarea; de la misma manera, si la mayoría fracasa, el resultado será atribuido a la dificultad de la tarea.

- El esfuerzo se infiere del tiempo invertido en la realización de una tarea, la persistencia demostrada y la tensión muscular percibida.

- Finalmente, atribuir el resultado a la suerte depende, por un lado, de que se observe una falta de control personal sobre dicho resultado y, por otro, de que se produzca una gran variabilidad en su aparición (esto es, unas veces aparece el resultado y otras no, pero no se sabe a qué se debe esta variación).

Las personas combinan las diferentes señales o informaciones específicas en sus intentos de descubrir las causas y hacer juicios causales.

2) Los esquema causales que tiene la gente. El esquema causal se define como una estructura cognitiva relativamente permanente que se refiere a la creencia que una persona tiene sobre la relación entre un suceso observado y las causas percibidas de ese suceso (Kelley, 1971).

Puede haber dos tipos de esquema causal: esquema causal suficiente, cuando se cree que una causa y sólo una es la causante del efecto (por ejemplo, la capacidad es la responsable del éxito), y esquema causal necesario, cuando varias causas son necesarias para explicar el resultado (la capacidad y la suerte son los responsables del éxito).

La utilización del esquema causal es frecuente cuando no se dispone de suficiente información en el momento, entonces se recurre a creencias o esquemas asumidos consciente o inconscientemente.

3) La predisposición individual, ya que existen diferencias individuales a la hora de hacer inferencias causales. Es frecuente observar que algunas personas explican los acontecimientos apelando a la suerte o a las circunstancias favorables/desfavorables, mientras que otras perciben la capacidad o el esfuerzo como los responsables principales de los resultados.

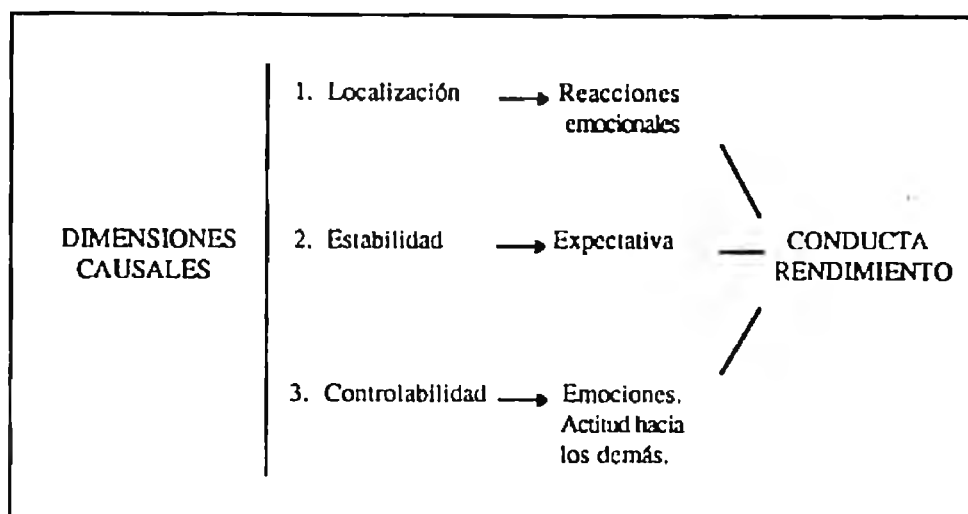
Weiner (1974) sugiere que la motivación hacia el éxito, la necesidad o el deseo de superarse, influye en gran medida en las atribuciones causales que se hacen. Individuos clasificados como muy motivados y poco motivados hacia el éxito (o logro) difieren significativamente en sus atribuciones: los primeros perciben la capacidad y el esfuerzo como las causas del éxito, e interpretan los fracasos como debidos a un esfuerzo insuficiente; los segundos, por el contrario, no muestran ninguna preferencia atribucional específica hacia el éxito, pero atribuyen el fracaso a una falta de capacidad.

Hasta aquí hemos visto qué se entiende por análisis causal, los factores causales más generales (la capacidad, el esfuerzo, la dificultad de la tarea y la suerte), las dimensiones de la causalidad (localización, estabilidad y controlabilidad) y los antecedentes de las atribuciones. En el apartado siguiente veremos la segunda parte de la teoría de Weiner: las consecuencias que tiene hacer unas u otras atribuciones causales.

### **3.2. CONSECUENCIAS ATRIBUCIONALES**

La mayor parte del esfuerzo de Weiner se ha centrado en estudiar cómo las atribuciones causales y sus dimensiones influyen en las expectativas futuras, las emociones y la ejecución posterior (Weiner, 1979, 1985a, 1985b, 1986). De este modo, Weiner integra la teoría atribucional dentro del marco teórico de las teorías de las expectativas.

Cada una de las dimensiones causales tiene una función psicológica, según Weiner, que representamos en el gráfico siguiente:



(Gráfico 11. Efectos de las dimensiones causales).

Como se indica en el gráfico, la dimensión de localización, si las causas son internas o externas, tiene implicaciones de cara a las reacciones emocionales. La dimensión de estabilidad, si las causas son estables o varían en el tiempo, está en relación con la expectativa futura. Y la dimensión de controlabilidad, si las causas son controlables o no, está relacionada con las reacciones emocionales y la actitud de prestar ayuda a los demás. Se considera que las tres dimensiones condicionan la iniciativa a actuar y el rendimiento. Y ello en cualquier situación o ante cualquier suceso sobre el cual el sujeto se pregunte "¿por qué?".

La importancia de estas dimensiones radica precisamente en sus efectos emocionales, cognitivos y conductuales. Lo importante, desde la teoría atribucional, no son las causas en sí mismas, sino cómo se perciben: si internas, si estables, si controlables, o todo lo contrario.

### 3.2.1. ATRIBUCIONES CAUSALES Y EXPECTATIVA

Aunque el concepto de expectativa ha jugado un papel central en el enfoque cognitivo de la motivación, el estudio de sus antecedentes y determinantes puede ser catalogado como impreciso y vago, según Weiner (1972, 1974).

El primer análisis sistemático de los determinantes de la expectativa fue llevado a cabo por Tolman (1932), quien afirma que las expectativas de refuerzo están determinadas por las capacidades personales y ciertas variables ambientales, entre las que incluye la frecuencia e inmediatez del refuerzo. Destacan también los trabajos llevados a cabo por Atkinson (1964) y Rotter (1966), quienes señalan como los principales determinantes de la expectativa la historia personal de refuerzos y la consecución de éxitos o fracaso. Es decir, cuanto mayor sea la capacidad de la persona, cuanto mayores sean los triunfos conseguidos a lo largo de su experiencia, mayores serán sus expectativas de éxito.

El trabajo atribucional muestra que son las atribuciones causales las que determinan en parte las expectativas (Dweck, 1975; Kojima, 1984; Navas, Sampascual & Castejón, 1992; Schunk, 1983; Shelton, 1990; Vasil, 1992; Weiner, 1972, 1974, 1979). Y lo hace de la siguiente manera: si el éxito en conseguir un objetivo (por ejemplo, aprobar un examen) es atribuido a la capacidad, la expectativa futura de conseguir ese objetivo en el futuro será mayor que si el éxito es atribuido a la suerte, al estado de ánimo o a que alguien nos ayudó en ese momento. Lo que diferencia la primera causa de las segundas, y que en cierto modo la hace más favorable, es la dimensión de *estabilidad*. La capacidad es una causa estable, que se tiene a lo largo del tiempo, y que asegura, en cierta medida, el volver a obtener el mismo resultado. Por el contrario, atribuir el resultado a causas variables, como puede ser la casualidad o la ayuda puntual de alguien, no garantiza demasiado que vayamos a obtenerlo en un futuro.

De la misma manera, si el fracaso en conseguir ese mismo objetivo se atribuye a la mala suerte o al cansancio, la expectativa futura de fracaso será menor que si es atribuido a la falta de capacidad o a la dificultad de la materia. De nuevo, es la dimensión de estabilidad la que está en juego. En este caso, utilizar causas inestables para justificar el fracaso (mala suerte, cansancio de ese día) reduce la posibilidad de volver a fracasar la próxima vez. Y atribuir dicho fracaso a causas estables (falta de inteligencia) la aumenta.

La conclusión final es que la atribución de un resultado a factores estables aumenta la expectativa de obtener de nuevo ese resultado (sea éxito o fracaso), mientras la atribución a factores inestables reduce dicha expectativa, y ello con relativa independencia de si las causas son internas o externas (Gregory, 1981; Weiner, 1972, 1974; Weiner, Nierenberg & Goldstein, 1976). Esta afirmación contradice, en parte, las predicciones de la teoría del aprendizaje social, y en especial de uno de sus máximos representantes, Rotter (1966), quien sostiene que las expectativas están determinadas por la dimensión interna-externa.

Según Rotter (1966, 1989), la expectativa de refuerzo es mayor cuando el sujeto percibe el refuerzo como determinado por factores internos, y disminuye cuando el refuerzo está bajo el control de factores externos. Sin embargo, Weiner dirá que no es exactamente la internalidad o externalidad de las causas lo que determina las expectativas, sino su estabilidad. El que una causa sea estable asegura, como su propio nombre indica, su permanencia, independientemente de si es interna o externa. Por ejemplo, si el triunfo en una actividad es atribuido a su sencillez, la probabilidad de triunfar en esa actividad en el futuro se mantiene, a pesar de que la causa del éxito sea externa. O si una persona enferma necesita de otras ayudas (médicos, enfermeras, medicinas, etc.) para su recuperación, y confía que el tratamiento es el adecuado, su expectativa de mejoría se mantiene porque la causa de la misma (el tratamiento médico), aunque sea externa, es estable.

Resumiendo, según Weiner, la dimensión de estabilidad es la que condiciona, en mayor medida que las otras, la expectativa futura, aunque lo más deseable sería siempre que las causas, además de estables, fueran internas, porque ello supondría que es el propio sujeto quien dispone de los recursos necesarios.

Las atribuciones no sólo ejercen su influencia en las expectativas, también las expectativas intervienen en la formación de atribuciones. Según Weiner (1986), existe una bidireccionalidad entre ambas. Una expectativa de éxito, seguida de un resultado favorable, favorece una atribución del mismo a factores estables. Y una expectativa de fracaso, seguida de un resultado desfavorable, favorece también la formación de atribuciones estables. Por otro lado, las inconsistencias entre la expectativa y los resultados obtenidos, es decir, triunfar o fracasar cuando uno no lo espera, favorecen la formación de atribuciones inestables (se piensa que es la suerte la causa de los resultados).

### 3.2.2. ATRIBUCIONES CAUSALES Y REACCIONES AFECTIVAS

Otro de los factores que determinan la conducta humana, además de la expectativa de conseguir un refuerzo determinado, es la importancia que la persona concede a dicho refuerzo. Se presupone que el nivel de motivación será mayor cuanto mayor sea el interés del sujeto.

Al igual que las expectativas están determinadas, en parte, por las atribuciones causales, las reacciones emocionales o los sentimientos que nos producen los resultados también lo están (Weiner, 1974, 1979; Weiner, Graham & Chandler, 1982; Weiner, Russell & Lerman, 1978). Dependiendo de la causa a la que se atribuya el resultado, la emoción, y, con ello el interés, serán diferentes. Concretamente, si creemos que nuestra capacidad es la causa principal de un resultado positivo, nuestra satisfacción e interés por el éxito serán mayores que si lo atribuimos a la suerte.

En este mismo sentido se pronuncia Bandura (1989) al decir que la creencia en la competencia determina, a veces, el que valoremos un determinado objetivo y lo queramos conseguir. Hay muchas actividades que si se llevan a cabo bien, garantizan el valor de los resultados, pero no se perseguirán si las personas dudan de su capacidad para conseguirlos. Acorde con su terminología, la percepción de ineficacia puede anular el potencial atractivo de los resultados.

Volviendo a la teoría de Weiner (1974, 1979; Weiner, Graham & Chandler, 1982; Weiner, Russell & Lerman, 1978), hemos de decir que si las atribuciones determinan en parte las reacciones afectivas ante el éxito y fracaso, ello se debe principalmente a dos dimensiones: localización, si las causas son internas o externas, y controlabilidad, si son controlables o incontrolables. Aunque se reconoce la experiencia de ciertas emociones en virtud solamente del resultado, independientemente del tipo de causa al que se atribuya, (por ejemplo, dado un éxito, se experimenta alegría, felicidad, satisfacción; y dado un fracaso, se experimenta desagrado, insatisfacción), hay también un conjunto de emociones específicas que, como exponemos a continuación, se experimentan dependiendo de atribuciones también específicas.

Así, tenemos que se siente orgullo cuando el éxito obtenido es atribuido a causas internas, como la capacidad personal, y gratitud cuando es atribuido a causas externas,

como la ayuda recibida. Por otro lado, se siente pena o vergüenza si el fracaso obtenido se atribuye a una falta de esfuerzo, incompetencia y resignación si se atribuye a la falta de capacidad (causas internas) y enfado si se atribuye a otros (causa externa). Por lo que podemos observar, es la dimensión de *localización* la que se halla relacionada con el tipo de emoción experimentada.

La dimensión de *controlabilidad* también está asociada con las reacciones emocionales. Por ejemplo, si creemos que el fracaso es debido a causas controlables (como la falta de esfuerzo), la emoción resultante es el enfado o la culpa, pero si lo atribuimos a causas incontrolables (como la falta de capacidad), el sentimiento será de pena, de fracaso, etc. Sentir que las cosas están bajo control de uno mismo se relaciona asimismo con estados generales de libertad, de poder, y con comportamientos activos y de lucha por conseguir aquello que se desea (Bandura, 1977, 1989; Dweck & Leggett, 1988)

Hemos dicho antes que la dimensión de controlabilidad también se hallaba relacionada con la actitud de prestar ayuda a los demás. Por ejemplo, cuando la causa de un suceso negativo (despido del trabajo) se atribuye a causas no controlables por el sujeto (crisis económica), la actitud de la gente en general es más indulgente que si se atribuye a factores controlables (mal comportamiento, rendimiento insuficiente, etc.). En el último caso, se atribuye al sujeto una mayor responsabilidad por sus errores y se le recrimina más.

Los estados emocionales también dejan sentir su influencia en los procesos cognitivos, al igual que las expectativas. Como dice Weiner (1986), las emociones son susceptibles de influir en la percepción de los resultados y sus causas. En general, las personas de mejor humor, más optimistas, perciben, procesan e interpretan más positivamente la información que las personas con estados de ánimo tristes.

### **3.2.3. ATRIBUCIONES CAUSALES Y COMPORTAMIENTO**

Si la expectativa de conseguir el refuerzo y la importancia subjetiva de éste son determinantes importantes de la conducta humana, y si ambos (expectativa e importancia

subjetiva) están, a su vez, determinados por las atribuciones causales, entonces es de esperar que las atribuciones afecten, al menos parcialmente, la conducta, o dicho de otro modo, que motiven o no a la acción .

Veamos cómo se establece esta relación entre las atribuciones causales y la conducta.

Se pueden distinguir de forma general dos pautas de comportamiento en las personas (Dweck & Leggett, 1988; Feather, 1989):

- El comportamiento activo (o de logro), que se caracteriza por su intensidad y persistencia en la consecución de un objetivo a pesar de las dificultades.
  
- El comportamiento de indefensión (o darse por vencido), que se caracteriza por la pasividad, la resignación, y por la poca persistencia ante los obstáculos.

La razón por la que una persona adopta una u otra pauta de conducta está relacionado, según la teoría atribucional, con la percepción causal que tiene de los sucesos. De acuerdo con las predicciones de Weiner (1985a, 1985b), la conducta activa, el comprometerse con actividades, se ve favorecido por atribuciones causales "deseables" del éxito y del fracaso. Las personas que muestran este tipo de conducta atribuyen los éxitos a sus capacidades y esfuerzos, es decir, se creen ellas las causas principales del éxito. Como consecuencia, experimentan sentimientos de satisfacción y orgullo, y grandes expectativas de éxito en el futuro. Lógicamente, es de esperar que estas cogniciones y emociones positivas motiven a seguir "luchando". En lo que se refiere al fracaso, estas personas tienden a explicarlo como debido a la falta de esfuerzo suficiente, factor causal que se considera, por lo general, inestable y bajo control, por lo que la intensidad de sus compromiso con la actividad no disminuye.

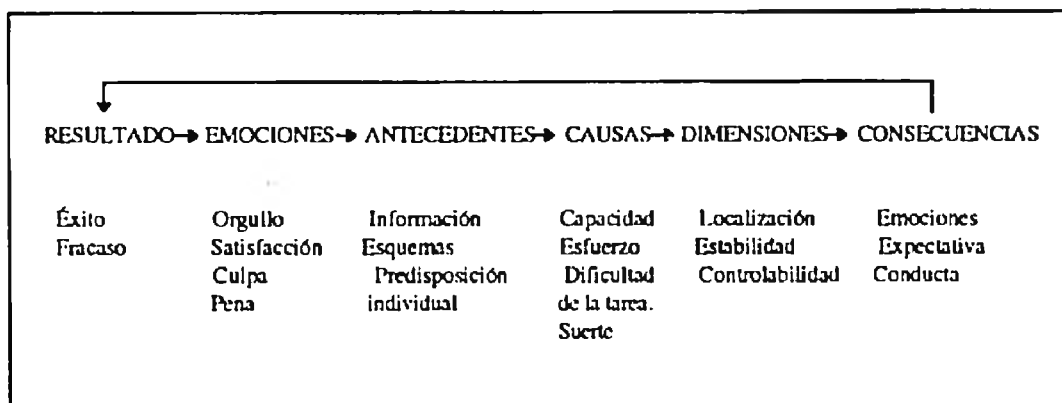
Por el contrario, el comportamiento de indefensión se ve favorecido por atribuciones inestables del éxito ("si lo he hecho bien ha sido por casualidad") y atribuciones internas y estables del fracaso ("no se puede hacer nada, está más allá de mis

posibilidades el lograr el éxito"). Estas interpretaciones son perjudiciales porque, a diferencia de las anteriores, producen en las personas sentimientos de incompetencia, de pesimismo y expectativas de fracaso, por lo que los individuos se desaniman de "luchar" y se dan por vencidos (Bonet & Santacreu, 1984; Buceta, Polaino-& Parrón, 1983).

Feather (1989) resume en la siguiente cita esta idea de que las atribuciones favorecen o dificultan la adopción de conductas activas de afrontamiento:

*"La gente se da por vencida cuando atribuye su fracaso a la falta de capacidad o a la imposibilidad de la tarea, cuando se sienten desesperanzados, ansiosos o depresivos, y cuando sus expectativas de éxito son muy bajas. Otros continúan insistiendo porque atribuyen su fracaso a causas inestables, como la falta de esfuerzo o la mala suerte. Mantienen, por lo tanto, sus expectativas de éxito y un estado de ánimo optimista." (Feather, 1989, p. 76).*

A continuación, y como resumen del modelo atribucional de Weiner que hemos venido desarrollando, presentamos un gráfico en el que se recogen las aportaciones principales de su teoría:



(Gráfico 12. Resumen del modelo atribucional de Weiner).

Según el análisis de Weiner, la secuencia motivacional se inicia con la obtención de un resultado, en forma de éxito o de fracaso. El resultado en cuestión provoca unas emociones generales (orgullo, pena...), y un interés por saber, en base a unos antecedentes, cuál ha sido la causa responsable (capacidad, suerte, esfuerzo...). Las características de la causa seleccionada (interna, inestable, controlable...) influyen en las reacciones emocionales (satisfacción, descontento...), en las expectativas futuras (de éxito, de fracaso) y, finalmente, en la conducta a adoptar (activa o de indefensión). Estas reacciones afectivas, cognitivas y conductuales determinarán, en parte, que dicho resultado (éxito o fracaso) se vuelva a repetir. Queda así establecida una relación circular entre los elementos de este esquema -resultados, emociones, cogniciones y conducta-, donde cada uno de ellos determina a los otros y es determinado por ellos.

### **3.3. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DEL MODELO ATRIBUCIONAL**

El desarrollo teórico y empírico de la teoría atribucional ha conducido a una progresiva aplicación de sus principios al tratamiento de los problemas de la psicología clínica. Diversos autores han sugerido que las atribuciones causales (por sus efectos en las expectativas, las emociones y la conducta) podrían tener un papel importante en el desarrollo del tratamiento así como en su resultado al terminar éste (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Brewin & Antaki, 1982; Davidson, Tsujimoto & Glaros, 1973; Forsterling, 1985, 1990; Harvey & Galvin, 1984; Layden, 1982; Metalsky & Abramson, 1981; Norcross, Prochaska & Hambrecht, 1985; Robbins & Kirmayer, 1991; Sonne & Janoff, 1982; Weiner, 1988).

Como de todos es sabido, uno de los problemas más comunes con los que se encuentra la terapia es la falta de generalización y mantenimiento del cambio operado durante las sesiones. Una vez conseguida una mejoría, o acabado el tratamiento, las "recadas" se suceden con demasiada frecuencia. Existe, por tanto, la necesidad de encontrar medios o recursos que ayuden a mantener la mejoría clínica.

En este contexto, la teoría atribucional se está descubriendo como una herramienta importante para abordar este problema del mantenimiento al llamar la atención sobre el poder que tienen las atribuciones causales. Si recordamos, los estudios realizados en el campo académico mostraban que atribuir el resultado, en forma de éxito, a causas estables y controlables aumenta la probabilidad de que dicho resultado se mantenga o de que vuelva a repetirse. Por el contrario, creer que el fracaso es algo incontrolable y permanente, favorece la aparición de futuros fracasos.

Teniendo como punto de mira esta relación "atribuciones, emociones, expectativas y conducta", clínicos e investigadores empiezan a considerar si la manera en la que los pacientes explican la mejoría de sus problemas (¿a qué se debe?, ¿cuál es la causa?, ¿es para siempre?) es un factor importante en el mantenimiento y generalización del cambio logrado (Davidson, Tsujimoto & Glaros, 1973). Dicho de otro modo, la pregunta que se hacen estos autores es la siguiente; ¿las atribuciones que los pacientes hacen de las causas de su éxito clínico, o de las dificultades que encuentran en el tratamiento (fracasos), juegan algún papel en su comportamiento y salud futuros?

Con el objetivo de responder a esta pregunta, se empiezan a llevar a cabo algunos estudios que, en general, ponen de manifiesto que las autoatribuciones del éxito en la resolución de los problemas (adiciones, problemas matrimoniales, soledad, depresión, pérdida de peso, insomnio...) se asocian con la mejoría en el tratamiento y fuera de éste (Affleck et al., 1987; Brewin & Antaki, 1982; Curry, Marlatt & Gordon, 1987; Fatell, 1988; Finchman, 1985, 1987; Firth-Cozens & Brewin, 1988; Michela, Peplau & Weeks, 1982; Murdock & Altmeyer, 1991; Peplau, Russell & Heim, 1979; Sonne & Janoff, 1982; Storms & Nisbett, 1970). Es decir, creer que la solución, o la mejoría, del problema es posible y que está bajo el control de uno mismo se asocia con un buen pronóstico al finalizar la terapia. Y, por el contrario, creer que uno no es capaz de hacer frente a los síntomas o a las dificultades se asocia con resultados más pobres.

A pesar de que los resultados son prometedores, es necesario, sin embargo, contar con una mayor evidencia empírica y experimental antes de concluir si existen ciertas atribuciones que favorecen el éxito clínico. Algunos trabajos no han podido confirmar, con la suficiente claridad, las relaciones "atribuciones-resultado clínico" propuestas (Affleck et al., 1985; DuCette & Keane, 1984; Turnquist, Harvey & Andersen, 1988), y se sugiere la posibilidad de que ante determinados problemas de salud (crónicos, irresolubles...), sea más conveniente hacer otras atribuciones. Como se

comentaba en el capítulo de las expectativas de control, cuando el problema no es susceptible de mejoría, las atribuciones de incontrolabilidad no son erróneas, sino realistas y, posiblemente, sean más adaptativas

En conclusión, la investigación sobre el papel de las atribuciones en la salud se encuentra todavía en sus comienzos. Es preciso disponer de un mayor número de estudios que esclarezcan la función que tienen las atribuciones, cuáles son las atribuciones "adaptativas" o "deseables" y si existen diferencias en las atribuciones adaptativas en función de los problemas de salud. Pero con todo, este área está atrayendo cada vez más la atención de especialistas y clínicos, quienes se preguntan por la posibilidad de incluir en los tratamientos una "terapia atribucional".

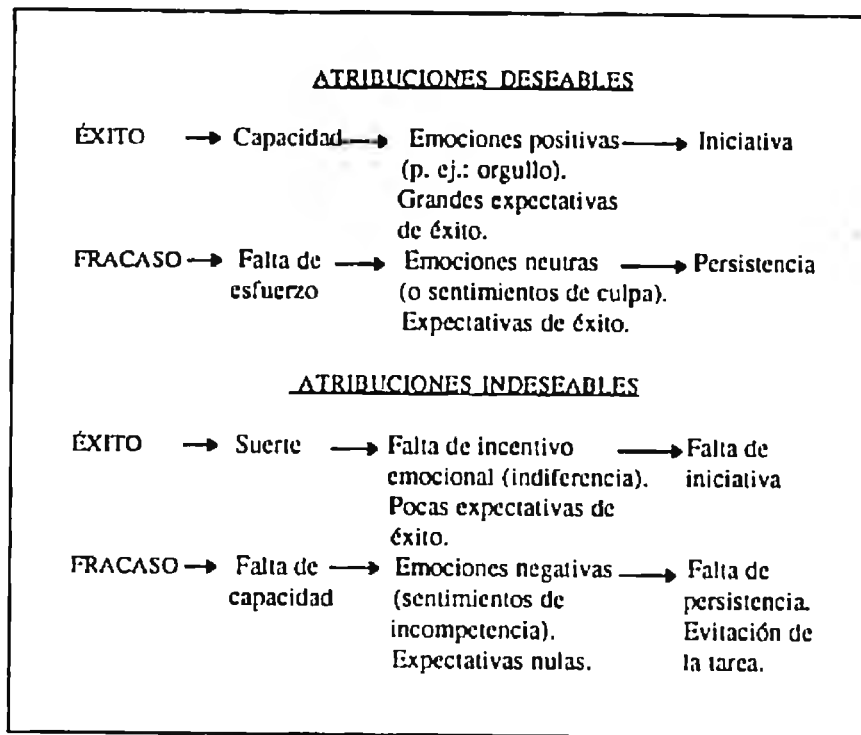
### **3.3.1. TERAPIA ATRIBUCIONAL**

De forma general, la terapia desarrollada desde la teoría atribucional se basa en la idea de fortalecer la creencia de que el paciente es capaz de hacer frente y superar, en la medida de lo posible, los síntomas o problemas psicológicos que padece.

Las terapias atribucionales tienen un principio fundamental, común al de otras terapias cognitivas, y es que los pensamientos, en este caso las explicaciones causales, guían el comportamiento (Weiner, 1988). Según Weiner (1988), muchas conductas, emociones y cogniciones negativas son consecuencia, en parte, de las atribuciones causales que se hacen de los sucesos. Así, por ejemplo, si un estudiante atribuye su fracaso en los estudios a la falta de capacidad es más probable que experimente sentimientos depresivos, expectativas de fracaso y bajo rendimiento, que si lo atribuye a una falta de esfuerzo suficiente o a que no utiliza las técnicas de estudio adecuadas.

El objetivo de estas terapias, por tanto, es sustituir las creencias causales disfuncionales por aquellas creencias que sean adaptativas, con la convicción de que esta modificación producirá cambios en los comportamientos. Es lo que se conoce como cambio atribucional. Llegados a este punto, podemos entonces preguntarnos: ¿cuáles son las atribuciones adaptativas y desadaptativas de los éxitos y fracasos clínicos, cuáles son las atribuciones deseables e indeseables?. Forsterling (1985), siguiendo las predicciones

de Weiner en cuanto al efecto de las atribuciones en las emociones y expectativas, propone la siguiente división (véase gráfico 13):



(Gráfico 13. Atribuciones deseables e indeseables de los éxitos y los fracasos. Forsterling, 1985, p. 501).

1) *Las atribuciones deseables* son aquellas que atribuyen el éxito en el tratamiento a causas estables y controlables (como disponer de las habilidades y recursos personales o contar con la ayuda de un buen profesional) y aquellas que atribuyen el fracaso a causas inestables y controlables (como la falta suficiente de esfuerzo o de práctica en las técnicas terapéuticas). Estas atribuciones aumentan, o mantienen, en el paciente la expectativa de mejoría y la constancia en el comportamiento necesario porque cree que está bajo su control la solución del problema.

2) *Las atribuciones indeseables* son aquellas que atribuyen el éxito en el tratamiento a causas externas, inestables e incontrolables (como la

suerte) y aquellas que atribuyen el fracaso a causas internas, estables e incontrolables (como la falta de capacidad o la creencia de que uno es un "enfermo"). Estas atribuciones disminuyen en el paciente la expectativa de éxito futuro, al creer que no está en su mano el recuperarse, y, consecuentemente, promueven la apatía y la resignación. Son cogniciones que, por su carácter desmotivador, dificultan el logro del objetivo deseado.

Concluyendo, desde la perspectiva atribucional, se defiende que es necesario que el terapeuta persuada a sus clientes de que la causa de sus problemas es potencialmente controlable (siempre y cuando existan indicios de que el problema es solucionable o mejorable en sí mismo). Las implicaciones de este patrón atribucional son importantes de cara a la atribución de responsabilidad; no ya responsabilidad por la causa del problema, sino responsabilidad por la solución del mismo. Es decir, puesto que solemos hacernos responsables de lo que está bajo nuestro control y eludimos lo que está más allá del mismo, es necesario insistir en la posibilidad de que podemos "hacer" algo, de que se puede ejercer algún control respecto a los problemas. Sólo de esta manera, uno se esfuerza y moviliza los recursos que sean necesarios. Y, por consiguiente, las posibilidades de recuperación son mayores.

#### **4. DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE LA ATRIBUCIÓN CAUSAL Y LA EXPECTATIVA DE LUGAR DE CONTROL**

A pesar de la popularidad y del número de estudios que se han realizado con los conceptos "atribución" y "lugar de control", la confusión en torno a ellos es considerable. Con frecuencia se observa en la literatura autores y trabajos que interpretan y/o equiparan estos conceptos de forma equivocada. Y, como resultado, se ha llegado a una situación

en la que no se distingue muy bien entre atribuciones causales y expectativas de lugar de control. Parece necesario, por tanto, clarificar este panorama tratando, en primer lugar, de definir de forma precisa los términos y, en segundo lugar, de establecer las diferencias/semajanzas entre ellos (Allen & Greenberger, 1980; DeCharms, 1968, 1981; Palenzuela, 1984a, 1984b, 1987b, 1988; Pettersen, 1987; Rotter, 1975; Weisz & Stipek, 1982).

Según Palenzuela (1984a, 1984b, 1988), las atribuciones causales y las expectativas de lugar de control son conceptos distintos. Las razones son éstas:

- 1) Cada uno de estos conceptos deriva de orientaciones teóricas distintas.

*Las atribuciones causales*, tal y como son consideradas en este trabajo, son un constructo derivado de la teoría atribucional de motivación de logro de Weiner (1972, 1974, 1979), la cual tiene sus raíces en la teoría de Heider (1958).

*La expectativa de lugar de control* es un constructo derivado de la teoría del aprendizaje social de la personalidad de Rotter (1954, 1966), que tiene sus raíces en los trabajos de Lewin (1938 y Tolman (1932).

- 2) La perspectiva temporal de ambos conceptos es distinta.

*Las atribuciones* son explicaciones causales de un acontecimiento ocurrido o hipotético, que toma la forma de éxito y/o fracaso. Desde una perspectiva psicológica del tiempo hacen referencia al pasado.

*La expectativa* es una creencia sobre la contingencia entre una conducta y un resultado que todavía no ha ocurrido. Este resultado toma la forma de refuerzo (o éxito). Desde una perspectiva psicológica del tiempo hace referencia al futuro.

- 3) Los términos internalidad y externalidad tienen significados diferentes en cada uno de los conceptos.

En el contexto de *la atribución*, internalidad significa atribuir el suceso a causas que están "dentro de la piel" (capacidad, esfuerzo, estado de ánimo, fatiga, etc.) y

externalidad significa atribuir el suceso a causas que están "fuera de la piel" (dificultad de la tarea, suerte, ayuda de otros, obstáculos, etc.). Es decir, en este contexto la dimensión internalidad-externalidad trata de situar o localizar la causa: si interna o externa. Y no añade información sobre si está bajo control o no.

En el contexto de la *expectativa*, internalidad significa que los refuerzos son contingentes con, o que dependen de, las conductas o atributos relativamente estables de la persona. Es decir, la causa del refuerzo no sólo es interna, sino que también es estable y controlable por el sujeto (capacidad, esfuerzo constante). En cambio, la externalidad significa que no existe contingencia entre la conducta de la persona y los refuerzos. La causa de éstos es externa e incontrolable (suerte, azar, la influencia de otros poderes). En resumen, podemos concluir que para Rotter internalidad y externalidad significan algo más que para Weiner, significan controlabilidad e incontrolabilidad respectivamente.

#### 4) El alcance y la aplicabilidad de los conceptos es distinto.

En primer lugar, *las atribuciones* permiten considerar tanto resultados positivos (éxitos) como negativos (fracasos). *La expectativa* de lugar de control es sobre el refuerzo, luego permite considerar sólo resultados positivos.

En segundo lugar, la causalidad externa en *la atribución* no implica una falta de percepción de control. La intervención de otros (familiares, médicos, etc.) ayuda en muchas ocasiones a controlar una situación que uno solo no puede solucionar o aliviar (por ejemplo una enfermedad). Por el contrario, la externalidad en *la expectativa* implica que el control no es posible, que el refuerzo está más allá del control de la persona.

Como consecuencia, se sugiere que el concepto de lugar de control es más limitado o que "resume" el fenómeno de la causalidad en mayor medida que el de la atribución: la expectativa de lugar de control considera sólo un tipo de causas: internas-controlables y externas-incontrolables; la atribución, en cambio, considera que las causas pueden ser internas o externas, estables o inestables y controlables o incontrolables.

Ahora bien, y a pesar de las diferencias teóricas y prácticas que se dan entre los conceptos de atribución y lugar de control, existe una relación muy estrecha entre ellos dos. Como se recordará, se considera que las atribuciones influyen en las reacciones emocionales y en las expectativas de éxito. Y la expectativa de lugar de control indica la

esperanza que tiene una persona de conseguir un resultado dado, o, dicho de otro modo, de tener éxito. Pongamos un ejemplo: si el sujeto cree que va a conseguir aprobar un examen porque tiene la suficiente capacidad, tiene una alta expectativa de éxito. Por el contrario, si cree que no es posible que apruebe, su expectativa de éxito será menor.

Por tanto, y como decíamos, las atribuciones causales se considera que condicionan, al menos parcialmente, las expectativas de lugar de control; o, dicho de otro modo, estas expectativas están condicionadas por las atribuciones causales que hagamos de los éxitos y fracasos. Si el estudiante cada vez que ha aprobado lo ha atribuido a su capacidad y esfuerzo, y cuando ha suspendido lo ha atribuido a que no estudió lo suficiente, esperará en un futuro seguir aprobando. Y viceversa, si atribuye sus aprobados a la suerte y los suspensos a su dificultad en dominar la materia, dudará más en aprobar en un futuro.

De la misma manera que las atribuciones influyen en las expectativas, éstas también influyen en las atribuciones. Si se ve confirmada repetidamente la expectativa de conseguir el refuerzo, este éxito se atribuye a causas internas, estables y controlables; y si dicha expectativa no se cumple después de varios intentos, el fracaso se atribuye a causas estables e incontrolables.

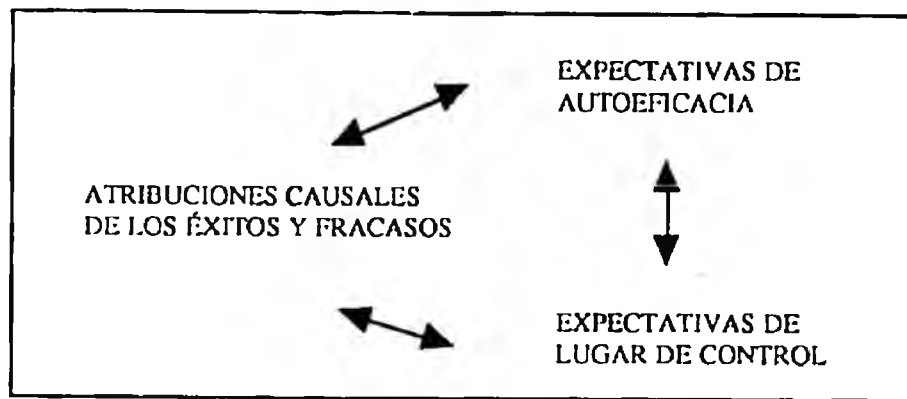
## **5. PERCEPCIÓN DE CONTROL: UN CONCEPTO INTEGRADOR**

Los conceptos que hemos considerado en este capítulo y en el anterior, atribuciones causales, expectativas de lugar de control y de autoeficacia, pueden integrarse bajo un concepto más amplio: percepción de control. La razón es que los tres conceptos hacen referencia al grado en que una persona cree, o percibe, tener algún control, o poder, sobre el entorno en el que vive.

La idea de considerar este término de "percepción de control" ha sido sugerida por varios autores (Palenzuela, 1990; Palenzuela & Chamarro, 1990; Saltzer, 1982; Weisz & Stipek, 1982), siendo Palenzuela el autor que más ha profundizado en el estudio de este área, que él ha denominado "enfoque del control personal". Este enfoque representa un primer esquema conceptual en orden a diferenciar, clarificar e integrar diferentes constructos que han ido surgiendo en la literatura y que se refieren al control.

Palenzuela (1990) y Palenzuela y Chamarro (1990) distinguen tres parámetros del control personal: motivación o deseo de control, control percibido y control real. Es en el segundo, en el *control percibido*, donde integran y relacionan los conceptos de expectativas de Rotter y de Bandura, y las atribuciones causales de Weiner. Manteniendo estos conceptos dentro del marco teórico en el que fueron desarrollados y con sus rasgos definitorios, y siguiendo a Palenzuela (1990) y Palenzuela y Chamarro (1990), podemos considerar una relación muy estrecha entre dichos conceptos, y sobre todo a un nivel práctico: *las atribuciones* nos permiten conocer las causas de un suceso, y, en base a ellas, la posibilidad de ejercer un control sobre el mismo. Estas atribuciones, por sus dimensiones de internalidad, estabilidad y controlabilidad, determinan parcialmente, además de las reacciones emocionales, *las expectativas* futuras. Estas expectativas, entre otras, son la de autoeficacia, o creencia que tiene una persona de ser capaz de llevar a cabo bien una actividad, y la de lugar de control, o creencia de que realizando una conducta determinada va a obtener el refuerzo que desee.

Brevemente, y como se indica en el gráfico 14 de la página siguiente, los conceptos de atribuciones (pasado) y expectativas (futuro) se influyen e interrelacionan mutuamente. Los tres proporcionan una medida de la creencia de control sobre los sucesos, y se asume que esta creencia es el resultado de las experiencias de la persona con el medio en el que vive. Es una variable de personalidad que en parte determina las nuevas experiencias y que puede ser también modificada por ellas, y su principal interés radica en que permite explicar y predecir, en gran medida, la conducta que va a adoptar la persona ante una situación y los resultados que obtendrá.



(Gráfico 14. Relación dinámica entre las atribuciones y las expectativas).

En líneas generales, se asume que la creencia llamada "percepción de control" es un recurso psicológico importante porque anima a comprometerse en distintas actividades y a afrontar las situaciones y los problemas con más iniciativa y esfuerzo. Contribuye, así mismo, a mantener la autoestima y un estado de optimismo. Sin embargo, las limitaciones al control personal existen y, en ocasiones, aceptar una falta de control o la participación del control externo es una postura más adaptativa y saludable.

*Como síntesis* de este capítulo, podríamos decir que las atribuciones causales son las explicaciones de las causas a las que las personas atribuimos los éxitos y/o fracasos que obtenemos en la vida. Cuando nos enfrentamos a un hecho (positivo o negativo), solemos preguntarnos por qué ha ocurrido; la respuesta que damos, la causa que creemos que lo ha producido, es lo que se conoce como atribución causal.

Todas las causas tienen ciertas características: son internas o externas, estables o inestables y controlables o incontrolables. Estas dimensiones son las que hacen que las causas sean más deseables o adaptativas que otras. Así, por ejemplo, atribuir el suspenso en un examen a causas que están bajo el control personal y que son inestables (la falta de esfuerzo o el haber estado enfermo) es más favorable que atribuirlo a una causa incontrolable y estable (como la falta de inteligencia). Decimos que es más favorable porque suscita esperanzas de poder conseguir aprobar en una ocasión futura así como ciertas emociones positivas.

Los efectos de las atribuciones en las expectativas y en las reacciones emocionales son el motivo de la importancia y del interés que dicha variable (atribuciones causales) ha

despertado en la investigación y clínica. Las atribuciones son el antecedente de las expectativas, son creencias que se refieren a algo ya ocurrido o hipotético y que condicionan, al menos en parte, lo que se espera del futuro. Y si las expectativas son determinantes de la conducta, como se ha señalado en el capítulo anterior, cabe considerar entonces que las atribuciones tengan también un papel causal importante en el modo de actuar de la persona.

Atribuciones causales y expectativas de control se relacionan, por tanto, estrechamente. Cómo se interpreten las experiencias y sus consecuencias (si han estado bajo control, si son estables...), influirá en lo que esperemos respecto a ellas en el futuro (seguirán estando bajo control, serán estables...). Y ambas creencias proporcionan una medida de la percepción de control que se tiene sobre los sucesos o las situaciones.

En general, se considera que disponer de esta creencia de control es un recurso psicológico importante porque anima a comprometerse en distintas actividades y a afrontar las situaciones y los problemas con más iniciativa y esfuerzo. Contribuye, así mismo, a mantener la autoestima y un estado de optimismo. Sin embargo, no hay que olvidar que las limitaciones al control personal existen (situaciones incontrolables, acontecimientos irreversibles) y, en ocasiones, aceptar una falta de control, o la participación del control externo, es una postura más adaptativa.

## **CAPÍTULO IV: EL AFRONTAMIENTO**

Este capítulo se dedica a la última variable elegida en este trabajo de investigación, el afrontamiento, y tiene como principales objetivos definir qué es el afrontamiento y cuáles son sus orígenes; conocer las clasificaciones que se han hecho de él; identificar sus determinantes, entre los que la percepción de control juega un papel importante; y, por último, señalar la importancia que tiene en la adaptación y salud personales.

## 1. CONCEPTO Y ORÍGENES DEL AFRONTAMIENTO

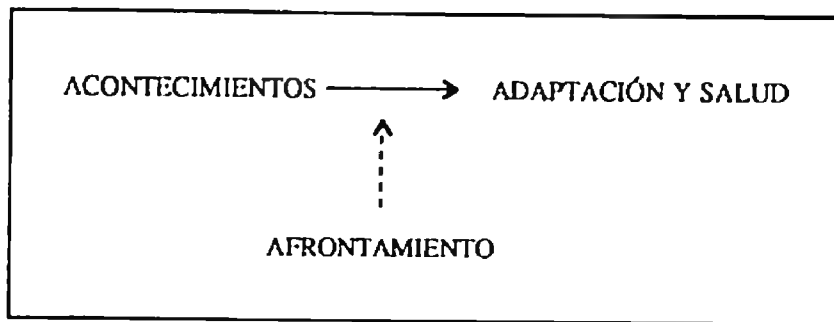
Dentro del enfoque cognitivo-conductual existe, como hemos visto en los capítulos anteriores, un gran interés por estudiar las cogniciones, porque se las considera factores determinantes de la conducta y del funcionamiento humanos. Las cogniciones que tiene una persona (su forma de interpretar la realidad, sus creencias, las expectativas que se hace, etc.) permiten explicar en parte por qué se comporta del modo en que lo hace y los resultados que obtiene (por ejemplo, por qué triunfa o fracasa en sus relaciones laborales, sociales, o, en nuestro caso, por qué bebe, por qué recae, por qué consigue superar su adicción...). Ahora bien, el interés de este enfoque no se limita exclusivamente a las variables cognitivas, sino que se extiende a otros factores que también permiten comprender la conducta y el funcionamiento humanos. Entre estos factores destaca lo que se conoce como *afrontamiento* ("coping") o modo que tienen los individuos de reaccionar ante las situaciones de la vida.

De acuerdo con los teóricos cognitivo-conductuales, la forma con que un individuo afronta los acontecimientos y problemas que tienen lugar en su vida, es decir, lo que hace ante ellos, cómo reacciona, condicionará en gran medida los resultados que tenga (éxitos o fracasos) y, por consiguiente, su funcionamiento personal. Por esta razón, debido a sus posibles implicaciones en la adaptación personal y social, el afrontamiento merece ser, de acuerdo a estos teóricos, objeto de estudio en sí mismo.

En principio, el origen del estudio del afrontamiento se relaciona con las investigaciones sobre estrés. Durante los primeros años, fue muy aceptada la idea de que ciertos acontecimientos estresantes (desastres naturales, enfermedades, problemas familiares y laborales, etc.) por sí solos provocaban en el individuo una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que alteraban y perturbaban su adaptación física y/o mental. El estrés se consideraba, por tanto, como una cualidad objetiva de ciertos sucesos (a los que se les llamó "sucesos estresantes") o como una respuesta que las personas daban ante ellos (calificándose ésta de "respuesta de estrés"). Existe, de hecho, un gran número de publicaciones que muestran una asociación importante entre acontecimientos negativos y enfermedades físicas (úlceras, arritmias, ataques cardíacos, hipertensión...) y/o mentales (depresión, ansiedad, alcoholismo, trastornos psicóticos, etc.), y que confirman las primeras ideas sobre la naturaleza del estrés (Cooke & Hole, 1983; Dohrenwend & Dohrenwend, 1980, 1984; Holmes & Masuda, 1974; Miller, 1988; Monroe, 1982).

No obstante, a pesar de que ciertos acontecimientos tienen el potencial negativo suficiente para producir alteraciones, la investigación psicológica, en especial de la mano de Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1986), empezó a analizar otros factores en el estudio del estrés. Este interés se debió a la observación de que las personas, aun expuestas a los mismos sucesos, muestran diferencias importantes en cuanto al grado y clase de respuesta. Es decir, no todos los individuos reaccionan de la misma manera ante problemas similares: donde unos desarrollan síntomas psicológicos y/o físicos serios, otros no se ven tan afectados e incluso perciben el problema como algo desafiante e interesante. Según Lazarus, la razón de estas diferencias reside, aunque no exclusivamente, en la forma de afrontar dichos problemas, en las habilidades personales para afrontarlos mejor o más adaptativamente.

Siguiendo a Lazarus (Lazarus, 1966, Lazarus & Folkman, 1986), y como se indica en el gráfico de la página siguiente, los acontecimientos, especialmente aquellos negativos a los que se ven expuestas las personas, influyen en su adaptación y salud. Pero esta influencia puede verse afectada, reducida o aumentada, por la forma en que se afrontan dichos acontecimientos. Afrontar un problema adecuadamente (por ejemplo, tratando de resolverlo cuando es posible o aceptándolo cuando no hay otra solución) tiene más ventajas que hacerlo de forma inadecuada. Aun siendo el mismo problema, los efectos que éste causa en la satisfacción, la aprobación social y el ajuste personal son diferentes dependiendo de cómo se aborde.



(Gráfico 15. Relación entre los acontecimientos, el afrontamiento y la adaptación).

Las respuestas o conductas de afrontamiento empiezan a considerarse, de este modo, factores mediadores fundamentales en la relación "acontecimientos estresantes-salud" porque disminuyen, o aumentan, la vulnerabilidad a la enfermedad. Los acontecimientos, o al menos algunos de ellos, no provocan por sí solos alteraciones en la adaptación y salud; la forma de abordarlos, de manejarlos, influirá también en su impacto. Así se pronuncian Lazarus y Folkman (1986):

*"... el estrés por sí sólo no es suficiente para causar enfermedad sino que, para que se dé una enfermedad relacionada con éste, han de darse también otras condiciones: ... procesos de afrontamiento inadecuados." (Lazarus & Folkman, 1986, p. 42).*

La consideración del afrontamiento como variable mediadora lleva a Lazarus y colaboradores (Coyne & Lazarus, 1980; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1986) a considerar el estrés como un proceso en el que tienen influencia tanto factores ambientales como personales. Y, frente a las primeras teorías que definían el estrés como una cualidad objetiva de los sucesos o una respuesta de los individuos ante ellos, estos autores lo conceptualizan como un estado de desequilibrio particular en el que las demandas exceden a las capacidades y recursos personales.

La importancia que tiene el afrontamiento para el estudio y modificación de la conducta humana es clara: si bien no se puede proteger a la persona de la ocurrencia de determinados sucesos, sí se le puede enseñar a afrontarlos de la forma más eficaz posible. Y éste es el principal motivo por el que esta variable ha originado un gran número de estudios.

Veamos, en primer lugar, qué es el afrontamiento. Conceptualmente, el **afrontamiento** se define como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1986).

Es importante, dentro de la definición arriba expuesta, la consideración que se hace del afrontamiento como un proceso dinámico. Coyne y Lazarus (1980), Folkman (1984) y Lazarus y Folkman (1986), entre otros, opinan que la forma de afrontar cambia en la medida en que cambian las situaciones y el entorno. Las discusiones familiares y laborales, por poner un ejemplo, pueden afrontarse de forma distinta por una misma persona, e incluso esta persona puede variar en su forma de afrontar los problemas laborales a medida que pasa el tiempo y/o aumenta su confianza y recursos personales. Por este motivo, estos autores hablan de respuestas de afrontamiento específicas a la situación más que de estilos de afrontamiento. Hablar de respuestas o estilos de afrontamiento nos lleva a distinguir las dos aproximaciones teóricas que existen respecto de esta variable: procesual y estructural.

La aproximación procesual considera que la relación entre la persona y el entorno es continua, cambiante y recíproca, y conceptualiza el afrontamiento en términos de respuestas o estrategias específicas. La *respuesta de afrontamiento* se define como el esfuerzo específico con el que la persona intenta reducir o manejar una demanda específica. Por el contrario, la aproximación estructural hace mayor énfasis en los rasgos de personalidad que en los factores ambientales, y prefiere hablar de *estilos de afrontamiento*. Los estilos serían formas más generalizadas de responder que trascienden a las diferentes clases de situaciones. Hacen referencia a estrategias o respuestas habituales de afrontar los problemas con relativa independencia de las situaciones y del tiempo, y se conceptualizan como características de personalidad relativamente estables (Menaghan, 1983).

A pesar de que se reconoce cierta estabilidad en la manera de abordar las situaciones, se insiste por lo general en la importancia de considerar la naturaleza específica de la situación. Para poder entender el afrontamiento y las ventajas y desventajas del mismo, necesitamos conocer exactamente aquello que el individuo afronta. Ésta va a ser la perspectiva que adoptaremos en este trabajo: hablaremos de pautas o respuestas específicas. Posteriormente, en el capítulo 8, nos centraremos en el

afrontamiento del problema del alcoholismo y nos plantearemos si existen unas respuestas más eficaces que otras de cara a un mejor resultado terapéutico.

Una vez definido el concepto de afrontamiento, pasamos a analizar la clasificación que se ha hecho del mismo, algunos de los factores que lo explican y la importancia que tiene en la adaptación y salud personales.

## **2. CLASIFICACIÓN DE LA RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO**

### **2.1. FORMULACIÓN TRADICIONAL Y ACTUAL DEL AFRONTAMIENTO**

En el estudio del afrontamiento se pueden distinguir los planteamientos tradicionales y los de creación más reciente (Lazarus & Folkman, 1986). Los planteamientos tradicionales derivan, a su vez, de dos corrientes distintas: la experimentación animal y la psicología psicoanalítica del yo.

1) *El modelo basado en la experimentación animal* se centra en el concepto de "arousal" o activación, y define el afrontamiento como el conjunto de actos que realiza la persona para poder controlar las condiciones aversivas a las que se encuentra sometida y reducir, de este modo, su nivel de activación. Este modelo insiste principalmente en la conducta de evitación o huida.

2) *La orientación psicoanalítica* considera el afrontamiento como el conjunto de procesos intrapsíquicos que tienen como función proteger el funcionamiento emocional de las amenazas externas e intrapsíquicas (Vaillant, 1977). Estos procesos intrapsíquicos se constituyen en una jerarquía que va desde mecanismos de defensa del yo inmaduros o primitivos (como la negación) hasta mecanismos más evolucionados (como la racionalización).

Estos dos modelos se caracterizan principalmente porque hablan de rasgos o estilos de afrontamiento (aproximación estructural) y porque limitan la riqueza del concepto de afrontamiento al relacionarlo exclusivamente con el mantenimiento del equilibrio emocional. La función del afrontamiento, según estos modelos, es reducir el grado de perturbación psicológica y física producido por el entorno.

Más recientemente, y ante las limitaciones de los planteamientos tradicionales, la línea de investigación actual entiende el afrontamiento como un proceso cambiante y dinámico (aproximación procesual); al mismo tiempo, esta orientación amplía el alcance del concepto de afrontamiento hasta incluir, en la medida de lo posible, la diversidad de reacciones humanas que se pueden dar ante un conflicto: reacciones que van desde la huida, la evitación o el distanciamiento activo del problema hasta la resolución directa del mismo, la expresión de emociones o la búsqueda de apoyo. El fin del afrontamiento no será ya el de reducir el grado de perturbación, sino que en unas ocasiones será luchar y eliminar el problema que amenaza y en otras reducir sus efectos negativos.

Una vez identificadas las distintas respuestas posibles, se hizo patente la necesidad de clasificarlas. Y ello porque para afrontar las situaciones adecuadamente se han de conocer primero las distintas respuestas o estrategias que hay y las ventajas y desventajas de cada una de ellas. A pesar de los esfuerzos realizados, se observa en la literatura una cierta falta de consenso en su clasificación, por lo que mencionaremos las tres clasificaciones de afrontamiento más importantes que existen: la clasificación del afrontamiento como método, como enfoque y por la forma.

## 2.2. CLASIFICACIÓN DEL AFRONTAMIENTO POR EL METODO, EL ENFOQUE Y LA FORMA

La *clasificación del afrontamiento como método* divide los esfuerzos por afrontar el problema en conductuales y cognitivos (Billings & Moos, 1981; Gall & Evans, 1986; Lazarus & Folkman, 1986; Lipowski, 1970; Moos, 1990):

A) Los esfuerzos o *respuestas conductuales* se definen como las acciones directas que se llevan a cabo para solucionar el problema o modificar la relación de la persona con él. Un ejemplo de esta categoría sería el "tomar una decisión y aplicarla" o "dedicarse a otras actividades para olvidar que existe el problema"

B) Las *respuestas cognitivas* se describen como la actividad mental que se lleva a cabo para modificar la percepción del problema, bien para reducir su impacto o bien para fortalecer los propios recursos. Como ejemplos tenemos el "imaginar una situación más agradable" o "tratar de mirar el problema desde un lado más positivo".

La clasificación del afrontamiento como conductual y cognitivo está asumida por prácticamente la totalidad de los investigadores, es decir, se puede afrontar un problema con estrategias conductuales o cognitivas o ambas a la vez. De aquí que se considere que el afrontamiento es una variable de naturaleza cognitiva y conductual.

La *clasificación del afrontamiento como enfoque* (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1986) divide al afrontamiento en dos categorías:

A) *El afrontamiento basado en el problema*, el cual se caracteriza por los intentos que se realizan para modificar o eliminar el problema. Las respuestas de afrontamiento del problema incluyen, entre otras, la definición del propio problema, la búsqueda de soluciones, la

consideración de las mismas y la aplicación de una de ellas (es lo que se conoce como técnica de resolución de problemas), la búsqueda de información, el recurrir a otros para pedir consejo, el aprendizaje de nuevas habilidades (asertividad, manejo del estrés), etc.

B) *El afrontamiento basado en la emoción*, el cual tiene por objetivo manejar las consecuencias emocionales que producen los problemas y ayudar a mantener el equilibrio emocional. Las estrategias de este afrontamiento incluyen la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la aceptación, entre otras.

La clasificación del afrontamiento como enfoque es quizás la clasificación más conocida y utilizada. Según esta clasificación, el afrontamiento tiene dos funciones: solucionar el problema, eliminarlo, y/o ayudar a tolerar y reducir sus efectos negativos cuando no puede ser eliminado. A pesar de la popularidad de esta clasificación, ciertos autores opinan que no permite incluir todas las respuestas identificadas (Pearlin & Schooler, 1978; Wong, Reker & Peacock, 1987; Wong, en prensa).

Junto a las clasificaciones anteriores, algunos teóricos han señalado una forma nueva de clasificar las respuestas de afrontamiento: es la dimensión conocida como *acción/evitación* (Billings & Moos, 1981; Feifel & Strack, 1989; Ilfeld, 1980; Lipowski, 1970; Moos, 1990; Mullen & Suls, 1982; Nowack, 1989; Parkes, 1984; Roth & Cohen, 1986; Scheier, Weintraub & Carver, 1986; Suls & Fletcher, 1985; Tobin et al., 1989; Vingerhoets, 1985). Estos términos de acción/evitación se refieren a la actividad conductual y cognitiva orientada a encarar (en el caso de afrontamiento activo) o alejarse de (en el caso de evitación) todo lo que suponga amenaza. Otros autores han incluido en esta clasificación la respuesta de resignación como una pauta diferente de la de evitación (Feifel & Strack, 1989; Gall & Evans, 1986; Ilfeld, 1980; Lipowski, 1970). Como dice Ilfeld (1980), los individuos actúan de diferente forma cuando les surge un problema: lo encaran, lo evitan o se resignan ante él. Según esta clasificación del afrontamiento por la forma, existirían entonces tres tipos de pautas o respuestas principales:

A) *Afrontamiento activo*. Esta pauta implica una actitud activa ante los problemas y se caracteriza por la toma de medidas tendentes a solucionarlo.

B) *Evitación*. Esta pauta de afrontamiento se refiere a los intentos que se hacen por alejarse y distanciarse de los problemas.

C) *Resignación*. Esta pauta de afrontamiento se caracteriza por la pasividad y resignación a aceptar el problema y las consecuencias.

La clasificación del afrontamiento por la forma tiene una serie de ventajas:

- Representa tres categorías en las que se pueden incluir la gran mayoría de las respuestas de afrontamiento que dan las personas ante una situación problema. Es decir, las personas ante un problema lo encaran, lo evitan o se resignan ante él.

- Engloba respuestas conductuales y cognitivas.

- Engloba también respuestas centradas en la solución directa del problema y centradas en la protección del equilibrio emocional. De hecho, como dicen Moos (1990), Scheier, Weintraub y Carver (1986) y Tobin y colaboradores (1989) entre otros, las clasificaciones del afrontamiento por el enfoque y por la forma están muy relacionadas y puede darse una integración entre ellas. El afrontamiento activo está centrado en la solución del problema, y refleja los esfuerzos conductuales y cognitivos necesarios para resolver el problema. Por el contrario, el afrontamiento de evitación tiende a centrarse en la emoción, y refleja los intentos conductuales y cognitivos por manejar las consecuencias emocionales y/o mantenerse alejado del problema.

- De cara a nuestro estudio, esta clasificación refleja el tipo de comportamiento que esperamos poder relacionar con nuestra variable anterior, la percepción de control. Es decir, queremos comprobar si la

percepción de control sobre un suceso (el alcoholismo) favorece un afrontamiento activo, y si la falta de percepción de control contribuye a una evitación o resignación ante el problema.

A continuación se presenta un cuadro que resume la clasificación del afrontamiento por la forma y las respuestas respectivas que han sido identificadas hasta el momento:

AFRONTAMIENTO POR LA FORMA	RESPUESTAS
AFRONTAMIENTO ACTIVO	<p><u>Análisis lógico de la situación</u>: intentos cognitivos por comprender y prepararse mentalmente de cara al problema.</p> <p><u>Reevaluación positiva</u>: intentos cognitivos por considerar el problema de modo más positivo.</p> <p><u>Búsqueda de apoyo</u>: intentos conductuales por buscar información y consejo.</p> <p><u>Resolución del problema</u>: intentos conductuales por tomar medidas y tratar directamente con el problema.</p>
EVITACIÓN	<p><u>Evitación cognitiva</u>: intentos cognitivos por evitar pensar en el problema y/o pensar en otras cosas.</p> <p><u>Evitación conductual</u>: intentos conductuales por involucrarse en otras actividades para distanciarse del problema.</p> <p><u>Escape emocional</u>: intentos conductuales por reducir la tensión expresando sentimientos negativos o entregándose a conductas de compensación (conductas adictivas).</p>
RESIGNACIÓN	<p><u>Intentos cognitivos</u> por aceptar y resignarse ante el problema y sus consecuencias.</p> <p><u>Falta de iniciativa</u> a la hora de resolver o manejar el problema</p>

(Cuadro 2. Resumen de la clasificación del afrontamiento por la forma).

### 3. FACTORES QUE EXPLICAN LA RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO

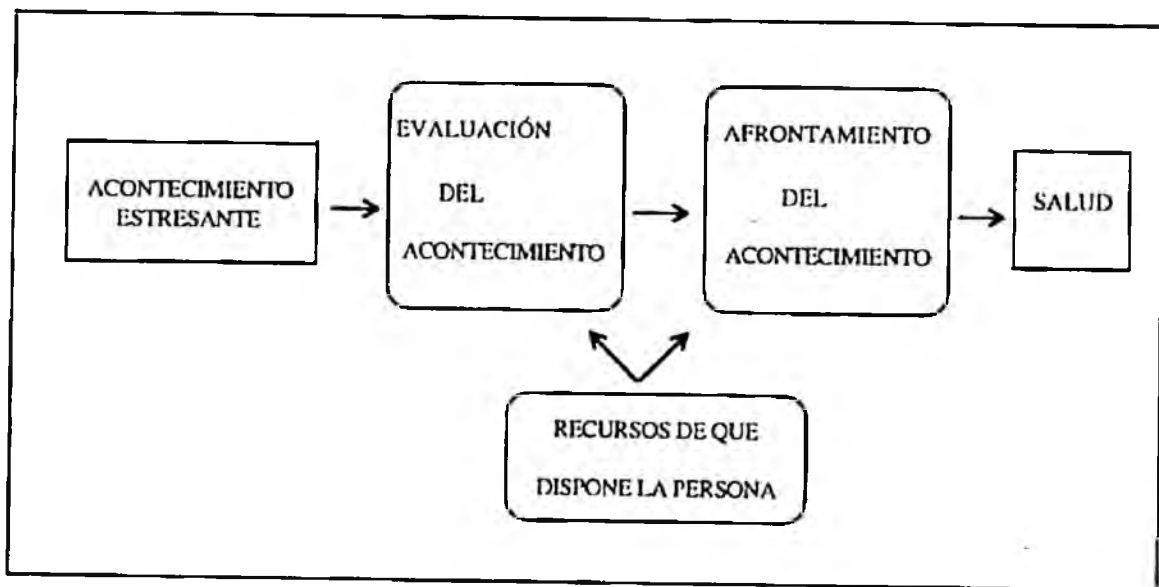
Hasta ahora se ha señalado que el modo en que las personas afrontan las demandas del entorno (tratando de resolver los conflictos, buscando apoyo y consejo, distanciándose de los problemas, actuando como si no existieran...) es un determinante importante de los resultados que obtienen en sus ámbitos personal, interpersonal, laboral y/o de salud. Ahora bien, ¿qué es lo que determina que se afronten los problemas de una u otra forma?

Una respuesta sería a la pregunta de por qué una persona actúa de una determinada manera ante una situación específica requiere la consideración de las distintas variables personales y ambientales que entran en juego y la interacción recíproca de las mismas (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1986). Como dice Coyne y Lazarus (1980), y de acuerdo con el enfoque cognitivo-conductual que se viene adoptando en este trabajo, las variables de personalidad y las situaciones en que vivimos no constituyen entidades separadas, aisladas, sino que se relacionan e influyen mutuamente condicionando la forma de actuar ante un problema. Por tanto, es preciso considerar la interacción de variables personales y variables ambientales para explicar la respuesta de afrontamiento.

Una descripción detallada de todas las variables personales (biológicas, conductuales, cognitivas, afectivas, historia de aprendizaje...) y ambientales (novedad de la situación, predictibilidad, controlabilidad, incertidumbre, cronología temporal...) intervinientes en el proceso de afrontamiento excederá los objetivos de esta investigación. Por esta razón nos centraremos, en los dos apartados siguientes, en dos tipos de variables personales porque guardan una mayor relación con el tema de esta tesis: *el proceso de evaluación cognitiva* (que se refiere a cómo el individuo interpreta y valora el suceso) y *los recursos con que cuenta la persona* (medios personales, sociales, materiales que favorecen la resistencia ante los problemas).

Considerando estas variables, evaluación cognitiva y recursos, podemos completar el gráfico que representamos en la página 103 de la siguiente manera: la

relación "acontecimientos estresantes-salud" no es una relación directa, lineal; es decir, un determinado suceso estresante no altera por sí solo la salud física y psíquica de una persona, sino que su impacto dependerá (como se refleja en el gráfico 16) de la evaluación cognitiva que esta persona hace del suceso (controlable, reversible, amenazante...) y de la respuesta de afrontamiento que da ante él (activa, distracción, resignación). Y ambos, evaluación y respuesta, están determinados por los recursos de que dispone la persona:



(Gráfico 16. Variables personales que influyen en la relación "acontecimientos estresantes-salud").

### 3.1. PROCESO DE EVALUACIÓN COGNITIVA

Existe en psicología una antigua tradición fenomenológica por la que se considera que el significado que da una persona a un acontecimiento determina su respuesta emocional y conductual. Ya Epicteto en su tiempo reflejó esta idea de la siguiente forma: "no son los hechos los que nos perturban sino la interpretación que hacemos de ellos". El significado que da la persona a un acontecimiento, la forma como

lo interpreta, condiciona, en cierta medida, su actuación y este significado es el resultado de lo que se llama "evaluación".

La evaluación es una actividad cognitiva de valoración mediante la cual el individuo evalúa, valora, el significado e importancia de lo que está viviendo. La evaluación es así mismo un proceso individual, es decir, los individuos no difieren sólo en sus reacciones ante los mismos sucesos sino también difieren en sus interpretaciones. Así, por ejemplo, un insulto puede ser interpretado de forma distinta por varias personas (como una provocación, una amenaza o con indiferencia) y suscitar, consiguientemente, respuestas muy diferentes (agresivas o de evitación). La importancia de la evaluación y de su estudio, por tanto, radica fundamentalmente en la influencia que ejerce en la actuación humana. Dependiendo de cómo se evalúe un suceso, la conducta ante él será de evitación, de resignación o de afrontamiento directo (Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1986; Peacock & Wong, 1990a, 1990b; Peacock, Wong & Reker, 1990; Pychyl, Little & Hoge, 1987; Wong & Reker, 1985).

Lazarus y Folkman (1986) han identificado tres clases de evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación.

1) *Evaluación primaria*, que consiste en la valoración de una situación como irrelevante, positiva o estresante. Responde a la pregunta: ¿estoy bien, tengo algún problema?. Si la situación es evaluada como estresante, ésta puede representar para la persona una pérdida, una amenaza o un desafío.

- Hablamos de una evaluación de pérdida cuando la persona ya ha recibido algún daño, como haber sufrido una enfermedad incurable o la pérdida de un ser querido.

- La evaluación de amenaza se refiere a la anticipación de futuros daños o pérdidas como consecuencia de un suceso negativo.

- La situación es evaluada como un desafío cuando la persona confía en sus posibilidades para afrontarla con éxito. La amenaza y el desafío no son siempre excluyentes. En muchas ocasiones un mismo suceso se evalúa de las dos formas, como algo amenazante y desafiante a la vez. Consideremos, por ejemplo, el caso de la promoción profesional.

2) *Evaluación secundaria*. Es una valoración relativa a lo que puede y debe hacerse. Una vez evaluada la situación como importante y como amenaza o desafío, la pregunta siguiente es: ¿qué puedo hacer? Para contestar a esta pregunta, la persona realiza tres actividades evaluativas:

- En primer lugar, valora la posible eficacia de ciertas estrategias de afrontamiento.
- En segundo lugar, juzga sus capacidades y recursos para aplicar dichas estrategias y afrontar con éxito la situación.
- En tercer lugar, considera las consecuencias de utilizar estas estrategias en ese contexto.

3) *Reevaluación*. Esta evaluación se refiere al cambio que se efectúa en una evaluación previa (primaria y/o secundaria) a partir de la nueva información que se recibe de uno mismo y/o del entorno como consecuencia de la interacción. Es decir, la reevaluación es posterior a la evaluación inicial y aparece como resultado del afrontamiento de la situación y de las impresiones obtenidas. Así, por ejemplo, una amenaza puede reevaluarse como carente de fundamento después de su afrontamiento o transformarse en un desafío susceptible de ser controlado por la persona.

Este concepto de reevaluación refleja la perspectiva transaccional que Lazarus y colaboradores adoptan en el estudio del estrés (Coyne & Lazarus, 1980; Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1986), la cual defiende la ya mencionada relación recíproca entre variables de personalidad y ambientales para entender la adaptación humana. Estos autores señalan dos características del análisis que hacen del estrés y del afrontamiento:

- El carácter relacional que se observa entre la situación estresante y la persona. Una situación es estresante en función de cómo es evaluada por la persona.

- El carácter procesual o dinámico, ya que la relación entre la persona y el ambiente es continua, cambiante y recíproca.

Coyne y Lazarus (1980) reflejan esta idea de la transacción en la siguiente cita:

*"...una perspectiva transaccional del estudio del estrés requiere una concepción relacional de las distintas variables y un gran énfasis en el proceso, en la fluctuación y en el cambio... Cuando se opera desde esta perspectiva transaccional, uno tiene que tener cuidado con no dejar a la persona "perdida en el pensamiento"... Los procesos cognitivos no terminan simplemente en una creencia estática, sino que son vistos como fases de actividad en la relación persona-ambiente" (Coyne & Lazarus, 1980, pp. 149-150).*

### 3.2. RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

El modo cómo una persona evalúe una situación y, consecuentemente, cómo la afronte depende en gran medida de los recursos de que disponga y de las limitaciones que encuentre en el ambiente para hacer uso de tales recursos.

Pero, ¿qué son los recursos? Los recursos son un conjunto variado de características, habilidades y medios de que dispone una persona para afrontar exitosamente una situación o problema. Dado que sería muy exhaustivo y hasta casi imposible enumerar todos los recursos posibles, siguiendo a autores como Antonovsky (1979), Folkman (1984), Lazarus y Folkman (1986), Lipowski (1970), Menaghan (1983) y Pearlin y Schooler (1978), entre otros, señalamos a continuación las principales categorías en las que pueden ser recogidos:

1) *Recursos físicos*, entre los que destacan la salud y la energía. Es más fácil afrontar una situación problemática cuando uno se encuentra bien que cuando se encuentra mal o está enfermo.

2) *Recursos psicológicos*. Estos recursos hacen referencia a variables de personalidad. Residen en el interior de la persona y pueden ser barreras poderosas que o bien neutralizan el impacto negativo de ciertos acontecimientos o bien ayudan a la persona a enfrentarse lo más correctamente posible con ellos. Entre estos recursos, los más estudiados han sido la autoestima y las creencias de control personal.

Entre las creencias de control, Folkman (1984) y Lazarus y Folkman (1986) destacan la expectativa de autoeficacia (Bandura, 1977) y la expectativa de lugar de control (Rotter, 1966). Estas expectativas, según se ha indicado en el capítulo 2, se refieren a las creencias que tiene una persona sobre sus capacidades para afrontar con éxito una situación u obtener un determinado refuerzo.

Como se recordará, estas expectativas, junto con las atribuciones causales (véase capítulo 3), forman lo que hemos denominado "percepción de control" y constituyen, con el "afrontamiento", las variables objeto de estudio de esta investigación.

Brevemente, diremos que diferentes percepciones de control determinan diferentes formas de afrontar una situación estresante:

- Las creencias de que uno es capaz de resolver adecuadamente una situación promueven un afrontamiento activo, movilizan toda clase de recursos y motivan a una mayor intensidad del esfuerzo si sobrevienen dificultades.

- Las creencias de que uno no es capaz o de que no está bajo sus manos el resolver una situación promueven, por el contrario, un afrontamiento de evitación y/o de resignación, y disuaden de la lucha y del esfuerzo dirigidos a su solución.

Amirkhan (1990), Folkman (1984) y Lazarus y Folkman (1986), entre otros autores ya citados en los capítulos correspondientes a las variables de expectativas y atribuciones, destacan, entre todos los recursos, la importancia de las creencias de control en la evaluación cognitiva y en el afrontamiento. La razón es que estas creencias afectan en gran medida la forma con que la persona evalúa las situaciones que se le presentan y la manera en que las afronta.

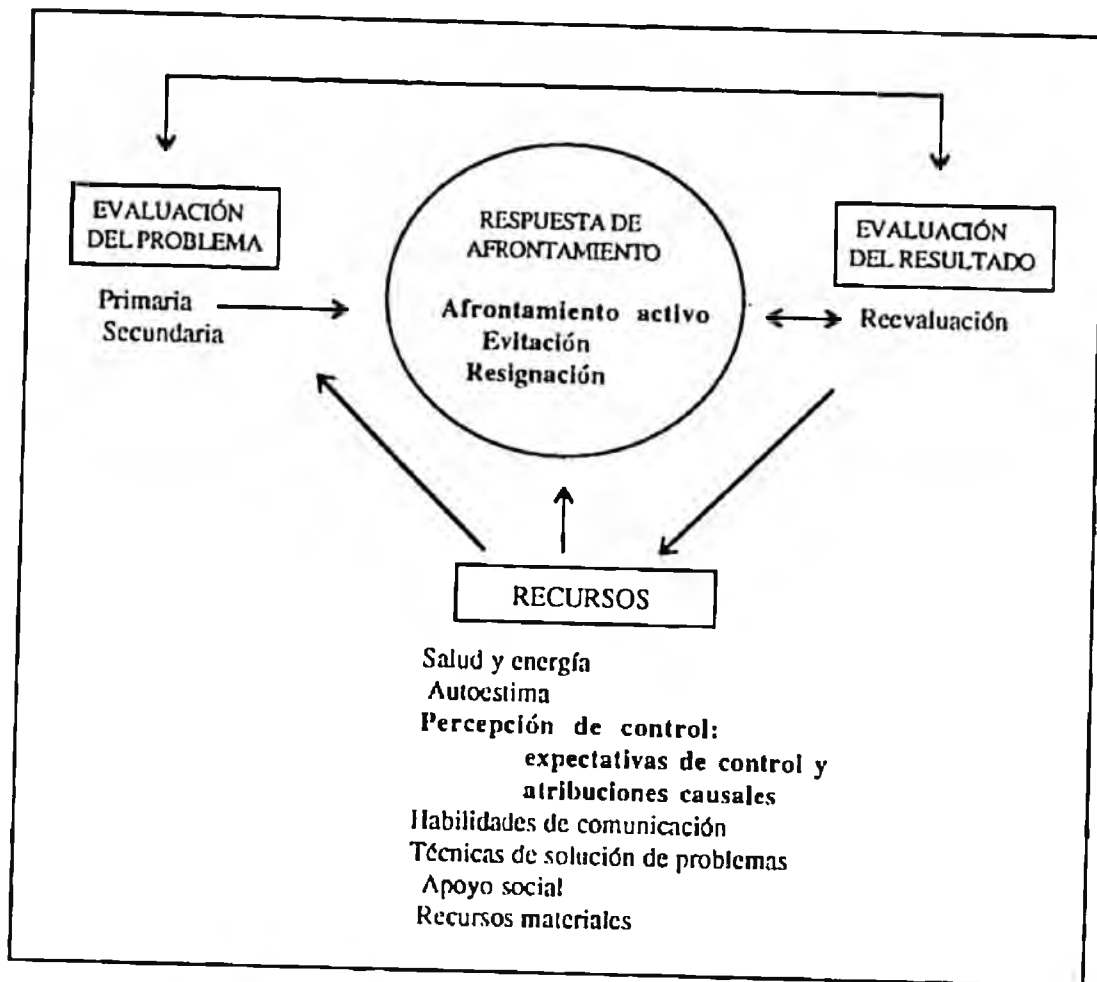
3) *Habilidades sociales*. Estos recursos se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva.

4) *Técnicas para la solución de problemas*, que se refieren a las habilidades personales para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles y elegir un plan de acción apropiado.

5) *Apoyo social*. Este recurso se refiere al posible apoyo emocional, informativo y/o tangible que puede recibir una persona de otra(s) para afrontar situaciones.

6) *Recursos materiales*. Hacen referencia básicamente al dinero y a los bienes y servicios (legales, médicos, etc.) que pueden adquirirse con él.

En el gráfico de la página siguiente, y como resumen, reflejamos algunos de los factores que se han considerado que influyen en la forma de afrontar las situaciones-problema. Estos factores se conocen con el nombre de "evaluación cognitiva" y "recursos". Se han señalado en negrita aquellos recursos y respuestas de afrontamiento que constituyen el objeto de este estudio.



(Gráfico 17. Factores que determinan la respuesta de afrontamiento y relación dinámica entre los recursos, la evaluación y el afrontamiento).

La explicación del gráfico 17 es como sigue:

1. En primer lugar, la evaluación que hace una persona de los problemas que encuentra en su vida dependerá en cierta medida de los recursos de que disponga. Esto es, cuanto mayor sea el número de recursos o cuanto más intensos sean lo que posee, la persona por lo general evaluará los problemas como desafíos y como controlables; por el contrario, el disponer de pocos recursos influirá en que los sucesos problemáticos se tiendan a percibir como amenazas difíciles de superar.

2. En segundo lugar, los recursos y las evaluaciones primaria y secundaria condicionarán, al menos parcialmente, el tipo de respuesta ante el problema; respuesta que puede ser de de afrontamiento activo, de evitación o de resignación. Decimos que parcialmente porque la respuesta depende también del tipo de problema a encarar y del contexto en el que uno se encuentre.

3. Finalmente, como consecuencia de la interacción individuo-problema, se obtiene un resultado que confirmará o modificará las evaluaciones previas así como la opinión de uno mismo. Es lo que se conoce como reevaluación y determinará, en parte, si se sigue actuando de la misma forma o si es necesario modificar la conducta. La reevaluación también afectará a la percepción que se tiene de los propios recursos, confirmándola o modificándola.

#### **4. IMPORTANCIA DEL AFRONTAMIENTO EN LA ADAPTACIÓN Y LA SALUD**

El interés que ha despertado el afrontamiento en psicología y disciplinas de salud afines se debe a su ya comentada relación con la adaptación y la salud física y/o mental de las personas (Aldwin & Revenson, 1987; Antonovsky, 1979; Billings & Moos, 1981; Folkman et al., 1986; Lazarus et al., 1980; Lazarus & Folkman, 1986; Moos & Schaeffer, 1984; Nowack, 1989; Pearlin et al., 1981; Petrosky & Birkimer, 1991; Rodin & Salovey, 1989). Como se ha señalado previamente (véase gráfico 15, p. 103), los problemas, los acontecimientos estresantes de la vida, no provocan de manera ineludible depresión, ansiedad, hipertensión, insomnio, úlceras, alcoholismo, etc. A pesar de que sí hay circunstancias extremadamente negativas que dejan secuelas importantes, también es cierto que la mayoría de los problemas que tiene que afrontar un individuo son de

severidad media y que dicho individuo puede moderar el impacto de estos problemas si los afronta, soluciona o previene adecuadamente.

El afrontamiento, de acuerdo con los teóricos cognitivo-conductuales, media entre los acontecimientos estresantes de la vida y los efectos que pueden causar en los individuos. Se asume que dependiendo de cómo se manejen dichos acontecimientos, las consecuencias personales y sociales serán mejores o peores. Afrontar adecuadamente los problemas reduce su impacto negativo; por el contrario, afrontarlos mal no evita, o incluso empeora, sus consecuencias.

De aquí la importancia que tiene esta variable en el tratamiento y rehabilitación de trastornos tanto físicos como psíquicos o sociales: si bien no se puede pedir inmunidad contra los problemas, sí se puede enseñar a las personas a ser lo más eficaces posible para solucionarlos o tolerarlos. Es decir, el individuo no es un ser indefenso y a merced de las inclemencias de la vida, sino que puede adquirir armas o disponer de ellas para defenderse <sup>5</sup>. De esta manera, la probabilidad de reducir el número y la gravedad de trastornos físicos y/o psicológicos como consecuencia de estar expuestos a sucesos estresantes es mayor, y esto porque afrontar adecuadamente los problemas (ya sean de salud, de adaptación familiar o social, o de índole profesional) significa:

- Solucionarlos.
- Controlar o manejar eficazmente sus consecuencias emocionales, en el caso de problemas irresolubles o crónicos.
- Conseguir un funcionamiento personal y social más saludable.

Si bien la relevancia del afrontamiento se debe a que modera los efectos perjudiciales de ciertos sucesos y favorece la consecución de resultados más positivos, esto sucede cuando se adoptan las respuestas adecuadas. Es decir, el afrontamiento es

---

<sup>5</sup> Desde el enfoque cognitivo-conductual se han desarrollado diversas terapias y técnicas para dotar al paciente de recursos con los que hacer frente de manera más eficaz a los problemas que encuentra en su vida. Algunas de estas terapias se han indicado ya en el primer capítulo: la terapia racional emotiva (Ellis, 1980; Ellis & Grieger, 1981), la terapia cognitiva de Beck y colaboradores (1983), el entrenamiento en reducción del estrés (Meichenbaum & Jaremko, 1987), el entrenamiento en la resolución de problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971) y el entrenamiento en habilidades sociales (Kelly, 1987), entre otras.

eficaz en la medida en que reduce el malestar y promueve el funcionamiento personal y social adecuados (Lazarus & Folkman, 1986; Wong & Reker, 1985). La pregunta que sobreviene entonces es: ¿qué hace que una respuesta sea más eficaz o más adecuada que otra?

Tradicionalmente, la literatura sobre afrontamiento había asumido que ciertas respuestas eran inherentemente adaptativas o maladaptativas, independientemente de la situación en la que uno se encontrara. Así, se consideraba que la negación era una estrategia negativa y que la acción directa era la respuesta más adecuada. Pero hoy en día se cuestiona este punto de vista al proponerse que una respuesta de afrontamiento es eficaz dependiendo de la clase de problema que uno encuentra y del contexto en el que se halla (Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 1983; Lazarus & Folkman, 1986; Parkes, 1984, 1990; Peacock, Wong & Reker, 1990; Roth & Cohen, 1986; Suls & Fletcher, 1985; Wong, en prensa; Wong & Reker, 1985). No es lo mismo afrontar una pequeña disputa familiar que un divorcio, un despido de trabajo o una enfermedad mortal, ni hacerlo cuando se es joven que cuando se es adulto; lógicamente, la respuesta adecuada ante estas situaciones será diferente. Desde esta perspectiva, por tanto, no hay respuestas malas ni buenas en sí mismas, sino que su "bondad" o "maldad" dependerá del tipo de situación con la que uno se encuentre.

Para que el afrontamiento sea eficaz, es igualmente importante que la persona evalúe el problema de manera realista. Una evaluación realista requiere considerar a un mismo tiempo las demandas de la situación y los recursos de que dispone (Wong, en prensa). Si la persona percibe la situación como incontrolable, es probable que adopte una actitud de resignación o de distanciamiento; y si la percibe como controlable, es probable que la afronte directamente con la intención de resolver el problema. La congruencia entre problema y afrontamiento es correcta en ambos casos, pero puede haber un error en la evaluación de su controlabilidad, es decir, que el problema sea controlable en el primer caso o que sea incontrolable en el segundo. Lo que es preciso entonces es una evaluación realista de la situación y/o una adquisición de las habilidades necesarias para percibir las situaciones como potencialmente solucionables cuando lo son en realidad. Posteriormente a esta evaluación, y como indicábamos en el apartado anterior, es necesario adoptar un afrontamiento activo o de evitación, según lo requiera cada situación.

En síntesis, para que el afrontamiento sea eficaz y adaptativo es preciso que haya una relación, una congruencia, entre la naturaleza del problema, la evaluación que se hace

de él y la respuesta de afrontamiento. Esta idea se ha podido comprobar en diversos estudios llevados a cabo para evaluar el efecto del afrontamiento de sucesos problemáticos (familiares, laborales y sociales) en el funcionamiento personal y social. Los resultados de estas investigaciones muestran, en general, que afrontar los sucesos de forma congruente con sus características va asociado a índices de funcionamiento y salud más positivos. Podemos agrupar así los resultados:

A) Un afrontamiento directo y activo está asociado a un mejor funcionamiento y mejores índices de salud cuando la situación es percibida como controlable y susceptible de solucionarse (Billings & Moos, 1981; Folkman & Lazarus, 1980; Parkes, 1984; Pearlin & Schooler, 1978; Petrosky & Birkimer, 1991).

B) Cuando el problema es percibido como incontrolable (por ejemplo, una muerte, un desastre natural) las estrategias de distanciamiento o de regulación de emociones parecen ser más adaptativas (Billings & Moos, 1981; Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 1983; Nowack, 1989; Parkes, 1990; Pearlin & Schooler, 1978). De hecho, se ha sugerido en numerosas ocasiones que la negación o la evitación son respuestas adaptativas en las primeras fases de una situación o acontecimiento, porque permiten tomarse un tiempo para asimilar lo ocurrido y/o reducir la ansiedad del principio (Lazarus, 1983; Roth & Cohen, 1986)

C) El empleo de estrategias basadas en el distanciamiento o en la negación, en el caso de problemas susceptibles de ser superados, se encuentra asociado a un funcionamiento personal y social más pobre y a una sintomatología más depresiva. Las razones principales son dos: dichas estrategias impiden adoptar las medidas necesarias para solucionar los problemas mencionados y dificultan la toma de consciencia de la relación que puede haber entre ellos y ciertos síntomas físicos y psicológicos (Billings & Moos, 1981; Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981; Solomon, Avitzur & Mikulincer, 1989; Solomon, Habershaim & Mikulincer, 1990).

Los estudios realizados con poblaciones enfermas, cuya enfermedad constituye en sí misma la situación a afrontar, como es el caso de la tesis que nos ocupa, no son muy numerosos. Sin embargo, va en aumento el número de investigadores que sugieren la importancia del afrontamiento tanto en la prevención como en la rehabilitación de problemas de salud (Antonovosky, 1979, 1987; Brown, 1989; Cohen, 1984; Feifel, Strack & Nagy, 1987a, 1987b; Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984; Lazarus et al., 1980; Lazarus & Folkman, 1986; Lipowski, 1970, 1979; Moos & Schaeffer, 1984; Pelechano, Matud & de Miguel, 1993). Porque como dice Lipowski (1970),

*"Una de las preguntas principales sobre el estar enfermo es cómo el individuo lo afronta, así como las causas y las consecuencias de su fracaso en afrontarlo" (Lipowski, 1970, p. 92).*

La idea básica que subyace en estas investigaciones, donde la enfermedad es el estresor a afrontar, es que una conducta y una actitud adecuadas ante la enfermedad ayuda a superarla, movilizandolos recursos necesarios y promoviendo la adopción de conductas saludables, o a dominarla en su proceso y aliviar el sufrimiento.

En este sentido, Felton y Revenson (1984) y Felton, Revenson y Hinrichsen, (1984) observaron que ante enfermedades incontrolables, como la artritis y el cáncer, la evitación/distracción eran estrategias de afrontamiento relativamente adecuadas, mientras que ante enfermedades más controlables, como la hipertensión y la diabetes, lo más aconsejable era el afrontamiento activo. Siguiendo en la misma línea, Farberow (1980) y Rabin y colaboradores (1986), entre otros, encontraron que negar o evitar afrontar directamente la diabetes (enfermedad susceptible de ser controlada) podían reducir en ocasiones la tensión emocional que provocaba en los pacientes pero también impedían la movilización necesaria (en forma de ejercicios físicos, seguir una dieta determinada o tomar la medicación debida) para afrontar los síntomas peligrosos.

Aunque son necesarios más estudios sobre las relaciones entre el afrontamiento y la salud, la eficacia del afrontamiento frente a la enfermedad parece seguir los mismos criterios que cuando nos enfrentamos a problemas familiares, laborales o sociales: se piensa que es necesario una congruencia entre el tipo de enfermedad, su evaluación como controlable o incontrolable y las estrategias a adoptar.

Cohen (1984), Lazarus y colaboradores (1980) y Lazarus y Folkman (1986), entre otros, han propuesto una serie de mecanismos a través de los cuales la salud puede verse afectada por el modo en que la persona afronta su enfermedad. Dichos mecanismos pueden explicar en parte los resultados que se consiguen en la rehabilitación de la misma así como en el bienestar psicológico, y pueden resumirse de la siguiente forma:

1) El afrontamiento puede afectar negativamente el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas, como el alcohol u otras drogas, con el objetivo de no tomar conciencia real del problema.

2) El afrontamiento dirigido a la emoción (resignación negativa, distanciamiento, expresión emocional) puede dificultar la recuperación de enfermedades, susceptibles de mejoría, cuando impide adoptar las conductas adecuadas.

3) El afrontamiento exclusivamente activo y tendente a superar una enfermedad crónica puede ser contraproducente por el agotamiento y frustración que genera, y porque desvía la atención sobre otros posibles aspectos de la situación sobre los que se puede ejercer un cierto control.

4) Finalmente, las respuestas de afrontamiento adaptativas pueden disminuir la severidad de la enfermedad cuando ésta es susceptible de mejoría. Por ejemplo, algunas respuestas de este tipo son: buscar un tratamiento lo antes posible, informarse sobre la enfermedad, cooperar con el profesional, seguir sus recomendaciones...

En el capítulo 8 veremos las distintas formas existentes de afrontar el problema del alcoholismo, los resultados que provocan en el tratamiento y la rehabilitación, así como las estrategias que se han diseñado para favorecer el afrontamiento eficaz y la prevención de la recaída.

*Como resumen*, podemos comentar que el afrontamiento se considera uno de los factores claves para entender el funcionamiento y la adaptación personal y social de la persona. Se define como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que se realizan para manejar las situaciones problemáticas con las que nos encontramos en la vida diaria, y tiene dos objetivos fundamentales: 1) solucionar los problemas y/o 2) reducir su impacto y sus consecuencias negativas cuando no es posible resolverlos.

El interés que ha despertado el afrontamiento en la psicología se debe a su papel mediador entre los problemas y las alteraciones emocionales, psicológicas y físicas que éstos pueden causar. Afrontar las situaciones problemáticas, prevenirlas o abordarlas lo más eficazmente posible reduce su impacto negativo; por el contrario, afrontarlas de forma inadecuada no evita o incluso empeora la situación personal.

Existen diversas formas de afrontar las situaciones: 1) a través de la búsqueda de soluciones que permitan eliminar o resolver las situaciones problemáticas; es lo que se conoce como afrontamiento activo o centrado en el problema. 2) A través del distanciamiento y la evitación de los problemas, y 3) a través de la resignación. Las segunda y tercera formas tienden a la regulación de la emociones, y su objetivo es reducir las consecuencias negativas de las situaciones cuando se considera que no tienen solución. La eficacia de una u otra forma de afrontamiento dependerá de la naturaleza de la situación o del problema a encarar. Es decir, no existen formas mejores o peores de afrontar los problemas independientemente del tipo de conflicto o contexto; al contrario, su efectividad dependerá del tipo de problema y del contexto en el que éste aparezca.

Afrontar de un modo u otro los problemas depende de factores ambientales (naturaleza del suceso, novedad, predictibilidad, circunstancias...) y de variables de personalidad. Entre las variables de personalidad, se destaca la percepción de control que tiene la persona sobre ciertas situaciones. En líneas generales, creer en las propias capacidades para solucionar un problema, anima a afrontarlo con energía y determinación; por el contrario, dudar de uno mismo y desconfiar de las capacidades personales para afrontarlo exitosamente disuade de la lucha y del esfuerzo necesarios. Además de la percepción de control, existe otra serie de recursos personales (salud, inteligencia), materiales y sociales que influirán en la forma de evaluar la situación (como amenaza o como un desafío) y de afrontarla.

Para terminar, la importancia del afrontamiento se debe especialmente al papel moderador que puede ejercer a la hora de vivir situaciones o acontecimientos difíciles (problemas familiares, laborales, enfermedades...). Si bien es cierto que no se puede pedir inmunidad contra los problemas de la vida, se puede enseñar a las personas a afrontarlos de la manera más adaptativa posible. Para ello es necesario desarrollar los recursos personales (en especial, la creencia en el control personal, habilidades específicas...) y sociales, y aprender a discriminar ante qué tipo de problemas hay que adoptar una respuesta activa, de distanciamiento o de aceptación.

# **SÍNTESIS SECCIÓN I**

El enfoque cognitivo-conductual es una corriente psicológica que surge en la década de los años 70 como alternativa a las escuelas teóricas que intentaban en esa época dar una respuesta al porqué de la conducta humana, en especial a la conducta problemática. Dicho enfoque no se identifica con una teoría concreta, sino que está formado por un grupo de ellas que tienen como característica común el considerar la conducta como el resultado a la vez de factores personales y ambientales.

Según la línea cognitivo-conductual, la conducta no está condicionada exclusivamente por factores internos (impulsos, necesidades...) ni es el mero resultado de fuerzas externas (circunstancias familiares, sociales...), sino que para poder explicarla con suficiente rigor hay que tener en cuenta la influencia recíproca que ejercen sobre la persona sus variables de personalidad, sus experiencias pasadas y el contexto actual en el que se desenvuelve.

Entre las variables de personalidad destaca la importancia que el enfoque cognitivo-conductual adjudica a las **cogniciones** como variables determinantes del comportamiento. Por cogniciones se entiende toda la actividad mental que realiza la persona (enjuiciar, razonar, memorizar, anticipar, etc.) así como los productos de estas actividades: pensamientos, creencias, expectativas... Acorde con este enfoque, las cogniciones, es decir, la forma de pensar, de interpretar, las expectativas que uno se forja, las creencias que asume, etc., condicionan poderosamente la forma de comportarse, el modo de afrontar las situaciones, los resultados que se obtienen y, en definitiva, la adaptación.

Ahora bien, a pesar de la importancia concedida a las cogniciones, el enfoque cognitivo-conductual estudia la conducta humana atendiendo a las circunstancias específicas en las que ésta ocurre. En este sentido, se aleja de las concepciones más tradicionales de la personalidad, que sostenían que las personas poseen ciertos rasgos o características de personalidad relativamente estables a lo largo del tiempo y de las situaciones (por ejemplo, la extraversión, la impulsividad), y que permiten predecir cómo se comportarán los individuos en una gran variedad de situaciones. Por el contrario, el enfoque cognitivo-conductual sostiene que las características de personalidad permiten predecir la conducta con mayor exactitud si se tiene en cuenta las circunstancias específicas en las que se encuentran las personas. Por este motivo, y aunque se acepta que existen ciertas características o estilos de pensar y actuar más o menos estables, en especial si las situaciones son funcionalmente similares, se insiste en que a la hora de

utilizar medidas de personalidad para explicar y predecir una conducta se tenga en cuenta la situación, el contexto, en el que se desenvuelve la persona. Concretamente, en el caso que nos ocupa en este trabajo, queremos explicar y predecir la conducta abstinentes o reincidente de los alcohólicos que se someten a un tratamiento partiendo del estudio de ciertas *variables de personalidad relacionadas con la vivencia del alcoholismo*.

Las variables de personalidad en las que hemos centrado este estudio y que pertenecen al dominio del enfoque cognitivo-conductual son la percepción de control y el afrontamiento. La **percepción de control** es un término genérico para expresar la creencia de dominio y control que tiene una persona sobre un hecho determinado (en nuestro caso, este hecho será dejar de beber). Se asume que la creencia que tenga una persona de poder controlar una situación, la confianza que tenga en sus propias capacidades y recursos, será un determinante importante del modo en que afronte dicha situación y de las consecuencias que obtenga como resultado de la interacción.

La percepción de control engloba a su vez dos variables que nos permiten conocer en qué medida un individuo percibe control. Estas variables son *las expectativas y las atribuciones causales*. Las expectativas se refieren al futuro, son las anticipaciones que se hacen respecto de una situación o un hecho, y se sostiene que la persona actuará de una u otra manera dependiendo de lo que anticipe. En la literatura existen muchas clases de expectativas, pero son dos las que hemos elegido para medir la percepción de control: la expectativa de lugar de control del refuerzo y la expectativa de autoeficacia.

La **expectativa de lugar de control del refuerzo**, formulada por Rotter (1966), indica la creencia que tiene una persona sobre la posibilidad de que el refuerzo que desea conseguir (un objetivo, una recompensa) esté bajo su control, que sea contingente con sus esfuerzos y conducta, o que, por el contrario, esté bajo el control de factores externos, como la suerte o el destino. Por su parte, la **expectativa de autoeficacia**, formulada por Bandura (1977), se refiere a la confianza que tiene el individuo en sus capacidades para afrontar con éxito una situación o realizar una actividad determinada. Ambas expectativas se han desarrollado dentro de lo que se conoce como teoría del aprendizaje social de la personalidad, quizás la teoría más representativa del enfoque cognitivo-conductual. Y nos hemos referido a las dos variables como *expectativas de control*, porque ambas nos indican, a su manera, en qué medida una persona se siente capaz, confiada, de lograr un objetivo.

Las expectativas han sido una de las variables cognitivas más estudiadas por las teorías cognitivo-conductuales. Se asume que si un individuo cree que puede conseguir algo, que está bajo su control afrontar con éxito una situación, se comportará de manera muy distinta que si duda de sus capacidades. Pero nos podemos preguntar cuál es la razón, el motivo, de que una persona tenga expectativas de control o no. Según la teoría atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979), los antecedentes de las expectativas son, entre otros, las **atribuciones causales** que se hacen de los éxitos y fracasos que obtenemos en la vida. Las explicaciones causales que damos a los resultados que tenemos, a las experiencias que vivimos, es lo que se conoce como atribuciones, las cuales condicionan, al menos parcialmente, lo que esperamos del futuro.

De acuerdo con Weiner, estudiar la atribución de la causalidad nos permite comprender las expectativas y, por tanto, la conducta. Causas hay muchas, pero lo interesante del estudio de las mismas es que todas ellas pueden clasificarse en base a tres propiedades o *dimensiones*: internalidad, estabilidad y controlabilidad. Son estas dimensiones las que explican el porqué se tiene o no la esperanza de triunfar en un área determinada. Si la persona atribuye un éxito, cualquiera que sea, a causas internas, estables y controlables (como, por ejemplo, la capacidad), su expectativa de volver a triunfar en un futuro es alta; por el contrario, si lo atribuye a causas estables pero incontrolables (la falta de capacidad), su expectativa de éxito o de control disminuye. Con el fracaso sucede lo mismo: si atribuimos éste a causas inestables y controlables (como, por ejemplo, la falta de esfuerzo), podemos esperar que en un futuro no volvamos a fracasar, que tendremos dominio sobre la situación; pero si lo atribuimos a causas estables e incontrolables, probablemente anticiparemos un fracaso siempre que afrontemos esa situación; es decir, nuestras expectativas de éxito, de control, serán muy pequeñas.

Concluyendo, las atribuciones son las explicaciones causales que las personas dan a sus experiencias, a sus éxitos y fracasos, y, acorde con el modelo atribucional, condicionan las expectativas de cara al futuro. Ambas, expectativas y atribuciones, proporcionan, por tanto, una medida de la percepción de control que tiene un individuo sobre un suceso.

El enfoque cognitivo-conductual, como se ha indicado, sostiene que la percepción de control que se tiene sobre un acontecimiento dado determina, en cierta medida, el modo de afrontarlo. El **afrontamiento** es la otra variable objeto de estudio de

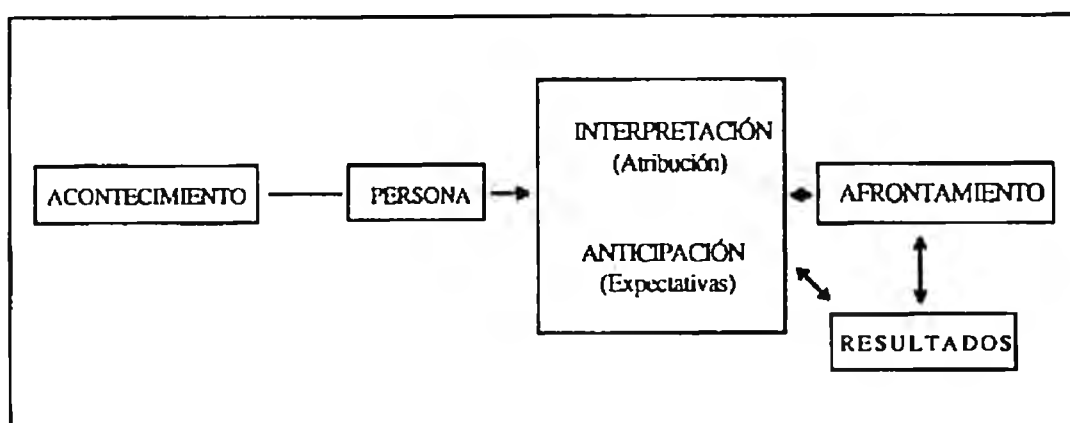
esta investigación, y se refiere al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que hace un individuo para manejar una situación o un problema que se le presenta (en nuestro caso, este problema es la adicción al alcohol). Aunque existen muchas formas de afrontar las situaciones, el afrontamiento puede clasificarse en tres categorías: el individuo puede afrontar de forma activa sus problemas, tratar de buscarles una solución; puede evitar enfrentarse con los problemas, distanciarse y actuar como si no existieran; o puede resignarse ante ellos.

Según el enfoque cognitivo-conductual, la forma de afrontar las situaciones tiene una gran importancia porque determina los resultados que se obtienen en la vida y, en cierta manera, la adaptación personal y social. Afrontar adecuadamente los sucesos significa darles una respuesta para solucionarlos o moderar sus efectos negativos. Pero afrontar adecuadamente requiere, entre otros factores, que el individuo se crea capaz de ello, esto es, de realizar los esfuerzos indicados para solucionar el problema o para reducir al máximo sus consecuencias negativas en el caso de que no sea posible encontrar una solución. En la medida en que dicho individuo perciba que está bajo su control una situación determinada, en esa medida la afrontará con mayor decisión. Por el contrario, si duda de sus capacidades, si cree que no puede resolver sus problemas, reducirá sus esfuerzos, su constancia y dedicará su atención a otra tarea.

*En síntesis*, la percepción de control condiciona el modo de afrontar las situaciones: a mayor creencia de control, mayores esfuerzos de afrontamiento; a menor percepción de control, los esfuerzos y la constancia disminuyen. Ahora bien, la forma de afrontar las situaciones, y los resultados que se obtienen, condicionan también la forma de pensar, las creencias sobre las propias capacidades: si el afrontamiento tiene éxito las creencias de control aumentan o se confirman; si el afrontamiento fracasa repetidamente, las creencias de control disminuyen. Por tanto, y como se indica en el gráfico de la página siguiente, la percepción de control sobre un acontecimiento y el afrontamiento se relacionan e influyen recíprocamente.

Según este gráfico, la persona cuando se encuentra con un suceso determinado (por ejemplo, realizar un examen, hacer una reclamación, pedir un trabajo, superar su adicción, etc.) lo interpreta y lo analiza en función de sus experiencias anteriores. Esta interpretación le lleva a formarse unas *atribuciones*. Dependiendo de la causa a la que atribuya el posible éxito o fracaso que espera obtener (capacidad, suerte, obstáculos sociales...), se formará unas *expectativas*, es decir, anticipará que el suceso en cuestión

está bajo su control o que no lo está. Esta creencia de control (formada por las atribuciones y expectativas) condicionará la *forma de afrontar* la situación en forma de esfuerzo, determinación y constancia. Finalmente, la forma de pensar y de afrontar el suceso tendrán como consecuencia unos *resultados* (positivos o negativos), resultados que confirmarán o desconfirmarán, a su vez, las creencias de control y el afrontamiento. Se inicia, de esta manera, un círculo, donde las creencias, las conductas de afrontamiento y los resultados se influyen y condicionan mutuamente.



(Gráfico 18. Relación entre las cogniciones - interpretación causal y anticipación - y el afrontamiento).

Para terminar, el valor de una teoría aumenta si a su poder descriptivo y explicativo de los fenómenos se une la capacidad para proponer y diseñar estrategias, pautas de acción, que permitan mejorar la situación personal y social del individuo. En este sentido, el enfoque cognitivo-conductual considera las cogniciones y la conducta no sólo como variables que permiten entender y explicar el funcionamiento personal, sino también como instrumentos de cambio que permiten modificar aquellos aspectos o comportamientos que sean problemáticos.

Partiendo de estos instrumentos de cambio (cogniciones y conducta), y a través de múltiples estudios y experimentos, se han diseñado dentro de este enfoque diversas terapias y estrategias, entre las que se pueden destacar la terapia racional-emotiva, la terapia cognitiva de la depresión, la inoculación del estrés, las técnicas para la resolución de problemas y los entrenamientos de habilidades sociales. Todas estas estrategias

terapéuticas tienen dos objetivos primordiales: 1) desarrollar en el paciente una percepción de control realista y acorde con las circunstancias y 2) entrenarle en respuestas de afrontamiento eficaces para solucionar, o reducir, sus problemas. El presupuesto que subyace debajo de todas las terapias cognitivo-conductuales es que la percepción de control y el afrontamiento adecuado son recursos psicológicos necesarios para manejarse eficazmente en el mundo y que, consecuentemente, hay que potenciar.

## SECCIÓN II

**IMPLICACIONES DE LAS VARIABLES  
"PERCEPCIÓN DE CONTROL" Y  
"AFRONTAMIENTO" EN EL TRATAMIENTO Y  
LA REHABILITACIÓN DEL ALCOHÓLICO**

Una vez revisados los conceptos "percepción de control" y "afrentamiento", vamos a centrarnos en esta sección en el papel que estas variables desempeñan en la rehabilitación del alcohólico.

Para ello, hemos dividido la sección en cuatro capítulos. El primer capítulo tiene como objetivo ofrecer una visión general de la problemática del alcoholismo y de los factores que favorecen y dificultan su rehabilitación. Los capítulos restantes se dedican, en cambio, a un estudio más pormenorizado de algunos de los factores que han sido propuestos como favorecedores del tratamiento y de la rehabilitación del afectado, y que constituyen las variables objeto de este estudio.

Concretamente, el segundo capítulo se dedica a las "expectativas de control" sobre la adicción. El tercer capítulo se dedica a las "atribuciones causales" de los éxitos y fracasos en mantener la abstinencia; las atribuciones causales, junto con la variable anterior, expectativas de control, constituyen lo que hemos denominado 'percepción de control'. El cuarto capítulo se destina al "afrentamiento" del problema del alcoholismo.

Finalmente, presentamos una síntesis en la que se resume la importancia que tienen estas variables en la rehabilitación del alcohólico así como la relación que guardan entre ellas.

## **CAPÍTULO V: EL ALCOHOLISMO**

El objetivo de este capítulo es situar nuestro estudio en el contexto actual del tratamiento y de la rehabilitación del alcoholismo. Para ello hemos dividido el capítulo en tres apartados: el primero es una introducción a la problemática del alcoholismo, en la que se define este trastorno y se señalan las dificultades principales con las que tropieza su tratamiento. En el segundo se hace una revisión de distintos modelos teóricos que han sido propuestos para explicar la etiología, el desarrollo y el tratamiento del alcoholismo, aspecto éste último que analizaremos con mayor atención. El tercer apartado, y último, es una descripción más detallada de uno de los modelos propuestos para el tratamiento del alcoholismo: el enfoque cognitivo-conductual, que constituye nuestro marco de referencia.

## **1. INTRODUCCIÓN A LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOLISMO**

### **1.1. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO O SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL**

En nuestra sociedad, el consumo moderado de alcohol se estima como normal y apropiado en muchas circunstancias. Así, es normal beber en reuniones y celebraciones familiares, en compañía de amigos, cuando se asiste a acontecimientos sociales, cuando se está participando en reuniones o acuerdos laborales y/o, simplemente, se bebe cuando uno lo desea, para acompañar la lectura o la visión de una película. Se asume que el alcohol estimula las relaciones sociales y la conversación, facilita el buen estado de ánimo y hace olvidar las preocupaciones. Sin embargo, y a pesar de sus efectos positivos y de su aceptación social, el alcohol es una droga poderosa capaz de provocar graves problemas en la persona que lo consume de forma excesiva.

El alcohol, por sus propiedades farmacológicas, es susceptible de generar por sí mismo una serie de cambios fisiológicos (a nivel digestivo, circulatorio, cerebral...) que alteran el normal funcionamiento del organismo. A mayor cantidad de consumo de alcohol y mayor frecuencia de su ingesta a lo largo del tiempo, mayores son las probabilidades de que el organismo se vea alterado. Esta alteración no sólo se produce a nivel físico, sino también a nivel psíquico y social, llegando a generar en la persona que bebe excesivamente una dependencia hacia el alcohol. Cuando el consumo de alcohol es excesivo, tiene claros efectos desadaptativos a nivel físico, psíquico y social, y la persona que lo consume lo sabe pero es incapaz de detener su consumo porque depende de él, es entonces cuando hablamos del trastorno llamado alcoholismo.

Martí y Murcia (1988) definen de este modo al alcoholismo:

*"... un trastorno caracterizado por una conducta que se aparta de las normas sociales, en el sentido de una excesiva ingesta de alcohol a la cual se crea dependencia con incapacidad para detener la ingestión o para abstenerse de ella, aun sabiendo que ocasiona graves daños físicos y psíquicos y alteraciones de las relaciones interpersonales..." (Martí & Murcia, 1988, p. 20.).*

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) da una sencilla definición del alcohólico: "toda persona que ha perdido la capacidad de dejar de ingerir la droga (el alcohol), a la cual se mantiene ligada por una vinculación que denominamos dependencia" (Martí & Murcia, 1988).

Según los sistemas actuales de clasificación de los trastornos mentales (DSM-III-R, 1987; ICD-10, 1989; Nathan, 1991; Woody & Cacciola, 1992), y como se puede observar en las definiciones anteriores, el rasgo definitorio del alcoholismo es la **dependencia** que existe al alcohol. Por este motivo, el concepto de dependencia, y más concretamente el de "síndrome de dependencia del alcohol" (SDA), se ha propuesto para designar a lo que hasta el momento venía llamándose alcoholismo <sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Debido a la inercia y a la familiaridad del término "alcoholismo", esta designación se sigue utilizando ampliamente tanto por los distintos profesionales que trabajan en el tema como por la sociedad en general. Por esta razón, utilizaremos indistintamente los dos términos a lo largo de este trabajo.

Edwards y Gross (1976) fueron los primeros en utilizar el término de "síndrome" y lo hicieron para referirse a un conjunto de síntomas psíquicos y físicos presentes en el fenómeno de la dependencia del alcohol y relacionados de tal modo que garantizan su inclusión en la misma categoría. En 1976 la O.M.S. adopta este término de síndrome de dependencia y lo describe así:

*" Un estado psíquico, y habitualmente también físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión por tomar alcohol de manera continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y, algunas veces, para evitar las molestias producidas por su ausencia, pudiendo estar presente o no la tolerancia" (Rodríguez-Martos, 1989, p. 9).*

La dependencia del alcohol, como se refleja en la definición anterior, tiene dos vertientes: física y psíquica.

La *dependencia física* es la "necesidad física" que llega a desarrollar el organismo frente a una sustancia que le ha sido crónicamente administrada. O, dicho de otra manera, es el estado de habituamiento del cuerpo a la sustancia, que se explica por los efectos metabólicos y farmacológicos del alcohol. Los síntomas de la dependencia física son la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

Por tolerancia se entiende la disminución de los efectos que provoca el alcohol tras un consumo continuado de las mismas cantidades, o la necesidad de cantidades crecientes de alcohol para adquirir los efectos deseados y la intoxicación. El síndrome de abstinencia, por su parte, representa un desequilibrio neurovegetativo e hidroelectrolítico producido por el alcohol y se manifiesta en una serie de trastornos físicos y psíquicos (náuseas, vómitos, temblores, nerviosismo...) cuando se reduce o se suprime bruscamente su consumo.

La *dependencia psíquica* o psicoconductual se dice que constituye la misma esencia de la dependencia del alcohol, y se manifiesta en la demanda imperiosa, ineludible, de un determinado estado subjetivo (conseguir placer o evitar el malestar), al que se supedita cualquier fuerza de la razón, y que exige el consumo regular o continuo de alcohol. Los componentes básicos o síntomas de esta dependencia serían la

preocupación por el alcohol, el consumo compulsivo y la tendencia a la recaída (Rodríguez-Martos, 1989).

El conjunto de síntomas físicos y psíquicos que forma el llamado "síndrome de dependencia del alcohol" constituye los criterios diagnósticos que permiten clasificar a este trastorno como tal e indican que la persona ha perdido el control sobre el uso del alcohol. La pérdida o falta de control será, unas veces, no poder parar hasta que obligue a ello una situación externa o interna (intoxicación); otras, será beber *cuando* o *cuanto* uno no quería.

A continuación, presentamos en el siguiente cuadro los criterios de diagnóstico del alcoholismo o dependencia del alcohol según la clasificación del DSM-III-R (1987):

A. Como mínimo, tres de los síntomas siguientes:

- 1) con frecuencia, el consumo del alcohol se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía;
- 2) un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el consumo de alcohol;
- 3) una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener el alcohol, consumirlo, o recuperarse de sus efectos;
- 4) intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (por ejemplo, no va al trabajo a causa de la resaca, está bajo los efectos de la intoxicación mientras cuida a sus hijos), o cuando el consumo de alcohol es físicamente (por ejemplo, conduce bajo los efectos de la intoxicación);
- 5) reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del consumo de alcohol;
- 6) consumo continuado del alcohol a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por dicho consumo (por ejemplo, el sujeto sigue consumiendo alcohol a pesar de tener una úlcera que empeora con dicho consumo);
- 7) tolerancia notable;
- 8) síntomas de abstinencia;
- 9) a menudo se consume alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(continúa)

- B) Algunos de los síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o han aparecido repetidamente a lo largo de un período prolongado de tiempo.

Criterios para la gravedad de la dependencia del alcohol:

**Leve:** Pocos, o ningún síntoma además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Estos síntomas tan sólo provocan un leve deterioro de la actividad laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

**Moderado:** Síntomas o deterioro conductual entre "leve" y "grave".

**Grave:** Muchos síntomas además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Los síntomas interfieren considerablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

**En remisión parcial:** Ha habido un consumo moderado de alcohol y algunos síntomas de dependencia durante los pasados seis meses.

**En remisión completa:** No ha habido consumo de alcohol, o lo hubo sin ningún síntoma de dependencia durante los pasados seis meses.

(Cuadro 3. Criterios para el diagnóstico de la dependencia del alcohol según el DSM-III-R, 1987, pp. 204-205).

El síndrome de dependencia, como puede observarse en el cuadro anterior, no requiere que estén presentes todos los síntomas identificados para diagnosticar a la persona de alcohólica ni que éstos se presenten con una determinada intensidad en todos los alcohólicos. Al contrario, el trastorno llamado "dependencia del alcohol" se manifiesta con una variedad individual notable, lo que, unido a la influencia de múltiples factores tanto en su origen como en su desarrollo, hace aconsejable hablar más de alcohólicos que de alcoholismo como trastorno uniforme. En este sentido, se pronuncia Rodríguez-Martos (1989) al afirmar que

*"Describir a un alcohólico no es describir a todos los alcohólicos. Cada cual desarrolla su alcoholismo (Rodríguez-Martos, 1989, p.17).*

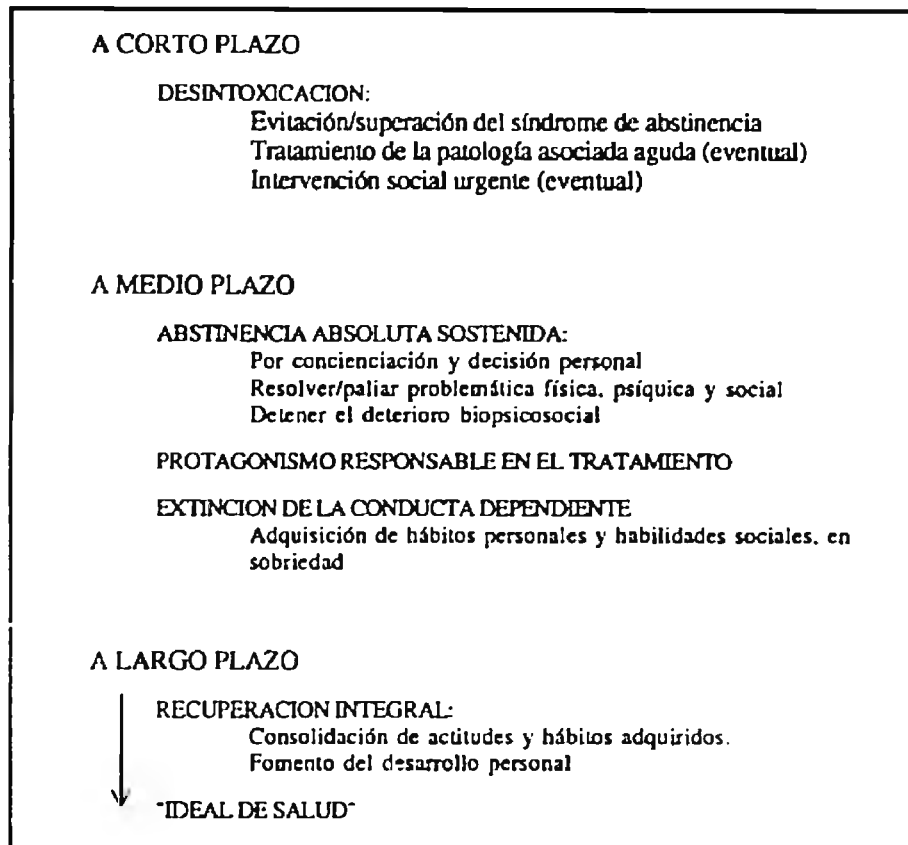
## 1.2. DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo se considera de forma oficial e internacionalmente una enfermedad en 1956. Frente a las concepciones moralistas vigentes a finales del siglo XIX y principios del XX, que calificaban al alcohólico de vicioso y degenerado, instituciones prestigiosas como la Asociación Médica Americana, el Comité Nacional de Alcoholismo de EE.UU. y la Organización Mundial de la Salud contribuyen a que el alcohólico sea declarado un enfermo que necesita, para su rehabilitación, un tratamiento formal.

El objetivo del tratamiento del alcoholismo es, en última instancia, y siempre que sea posible, la recuperación integral del alcohólico, es decir, una recuperación a nivel físico, psíquico y social (Rodríguez-Martos, 1989). Según Rodríguez-Martos, dicha recuperación integral requiere la extinción de la conducta dependiente, esto es, la eliminación de la necesidad subjetiva de tomar alcohol, y la recuperación de la libertad de actuación frente al alcohol y en todo el ámbito vital. La extinción de esta conducta dependiente implica, a su vez:

1. *la desintoxicación*, que consiste en prevenir o tratar el síndrome de abstinencia debido a que se exige la inmediata y total supresión del alcohol; y
2. el posterior mantenimiento de una *abstinencia* total y definitiva, que requiere que el individuo adquiera nuevas habilidades para afrontar sus tensiones internas y externas, así como sus relaciones interpersonales sin alcohol. Esta fase es conocida como fase de deshabitación/estabilización.

En la página siguiente se indican en un cuadro los tres objetivos del tratamiento de la dependencia del alcohol: desintoxicación, abstinencia absoluta y extinción de la conducta dependiente y recuperación integral.



(Cuadro 4. Objetivos terapéuticos para el síndrome de dependencia del alcohol. Rodríguez-Martos, 1989, p. 168).

La abstinencia se presenta, por tanto, como el requisito-objetivo de la mayoría de los programas de tratamiento y rehabilitación<sup>7</sup>. La razón por la que se insiste en la abstinencia absoluta se debe a la dificultad que tiene el alcohólico de detener el consumo de alcohol una vez que éste ha comenzado. Madden (1986) y Alonso-Fernández (1987), entre otros, recogen esta idea de la abstinencia tal como se refleja en las siguientes citas:

*"Se trata de guiar al sujeto dependiente a que reduzca su patrón de consumo haciéndole tomar conciencia de las realidades de sus hábitos nocivos y la necesidad de que abandone de modo permanente la bebida. En la mayor parte de los casos la reducción*

<sup>7</sup> En este trabajo restringiremos el alcance del término "rehabilitación" a la consecución y mantenimiento de la abstinencia por parte del alcohólico, por entender que es uno de los requisitos esenciales, al menos en la muestra que nosotros hemos empleado, para conseguir una rehabilitación a todos los niveles. La abstinencia se presenta, por tanto, como un objetivo en sí mismo.

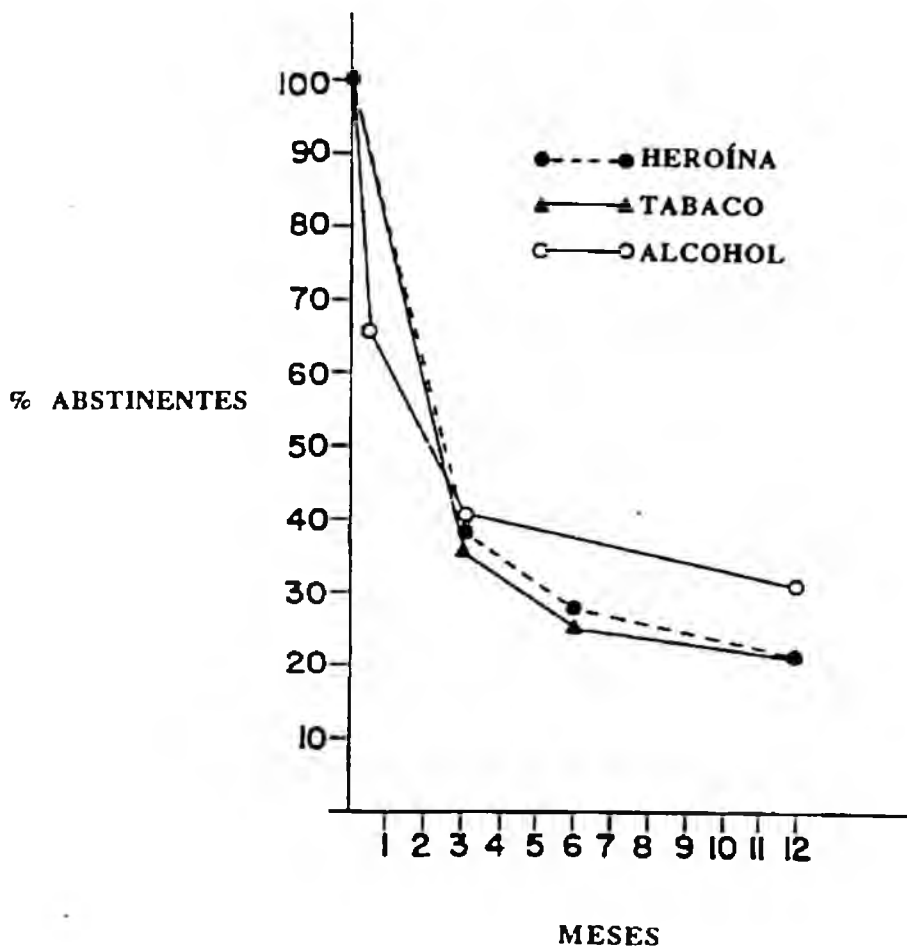
*requiere la abstinencia completa para garantizar que el hábito compulsivo de beber no se reinicie" (Madden, 1986, p. 135).*

*"... una vez iniciado el proceso retroactivador de la necesidad de alcohol a partir de los cambios físicos, psíquicos y sociales propios de la alcoholización, resulta prácticamente imposible lograr la rehabilitación del alcohólico si no se mantiene totalmente abstemio" (Alonso-Fernández, 1987, p. 17).*

Sin embargo, los programas de tratamiento se tropiezan con dificultades que comprometen seriamente el objetivo de la abstinencia. Estas dificultades son básicamente la resistencia que tiene la persona a admitir su condición de alcohólica y/o la necesidad de mantener una abstinencia definitiva, y la pérdida de control que va asociada frecuentemente con los intentos fallidos de dejar de beber. Es decir, la conducta de beber ocurre a pesar de los esfuerzos voluntarios por dejar de hacerlo y mantenerse en abstinencia. En este sentido, se presenta como una conducta involuntaria, impulsiva e irracional y produce el sentimiento de pérdida de control.

El resultado es lo que se conoce como recaída, definida como la vuelta al consumo de alcohol después de haber realizado un programa de tratamiento con el que se consiguió la abstinencia durante algún tiempo. La recaída es el problema más frecuente con el que se enfrentan todos los tratamientos de alcoholismo, así como el más común a todas las adicciones existentes (alcohol, heroína, cocaína, tabaco...).

Varios autores dan cuenta de la frecuencia de la recaída en los trastornos adictivos. Después de revisar 84 estudios relativos al tratamiento de la dependencia del tabaco, la heroína y el alcohol, Hunt, Barnett y Branch (1971) encontraron unos patrones de recaída similares en las tres adicciones, con un porcentaje alrededor del 70-80% durante el primer año después de finalizado el tratamiento. El mayor porcentaje parece ocurrir en los tres primeros meses siguientes a la finalización de un programa de tratamiento exitoso (véase gráfico 19 de la siguiente página).



(Gráfico 19. Tasa de recaídas al año del tratamiento.  
Hunt, Barnett & Branch, 1971, p.456)

Este gráfico, aunque no puede considerarse de una precisión absoluta, dada la diferencia de criterios empleados en los diferentes estudios, puede ser ilustrativa de la frecuencia de las recaídas en los tratamientos de adicciones (Brownell et al, 1986; Hunt, Barnett & Branch, 1971).

Otros autores han aportado en sus estudios cifras similares a éstas (Armor, Polich & Stambul, 1978; Gorski, 1982; Miller & Hester, 1980; Polich, Armor & Braiker, 1981; Vaillant, 1983), lo que pone de manifiesto la elevada reincidencia de los pacientes alcohólicos sometidos a tratamiento y la necesidad que existe de encontrar explicaciones y métodos de tratamiento más eficaces que ayuden a prevenir la ocurrencia de las recaídas.

## 2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL ALCOHOLISMO

Existen en la literatura diversos modelos o teorías que tratan de explicar la etiología y el desarrollo del trastorno del alcoholismo. Dichas teorías proponen diferentes explicaciones al fenómeno de la recaída y, por consiguiente, diferentes métodos de tratamiento para lograr, o favorecer, la rehabilitación máxima del alcohólico.

Estas teorías son muy diversas: teorías genéticas, biológicas, psiconalíticas, conductistas, conductuales-cognitivas, socio-culturales, espirituales, etc. (Brickman et al., 1982; McHugh, Beckman & Frieze, 1979; Mello, 1983; Ward, 1980; Wesson, Havassy & Smith, 1986). Revisar todos estos modelos o teorías va más allá del objetivo de esta tesis, por lo que nos centraremos en los tres modelos más generalizados entre los profesionales que abordan este tema:

1) *Modelo biomédico de enfermedad*. Es el modelo tradicional que ha permitido el reconocimiento del alcoholismo como enfermedad y el avance en su estudio y tratamiento.

2) *Modelo psicológico de conducta adictiva*. Es un modelo que trata de cubrir las dimensiones psicológica y social del alcoholismo olvidadas por el modelo anterior. Tiene como base teórica el enfoque cognitivo-conductual, del que se derivan los conceptos o variables con los que trabajamos en esta investigación.

3) *Modelo biopsicosocial*. Este modelo supone la integración y el reconocimiento mutuo de las dimensiones física, psicológica y social del alcoholismo, y es el modelo que adoptamos en este estudio por considerarlo el más eficaz para abordar el problema.

## 2.1. MODELO BIOMÉDICO DE ENFERMEDAD

El modelo biomédico ha sido el modelo tradicional aceptado por la gran mayoría de las instituciones sanitarias competentes, los profesionales y los propios afectados.

Aunque tiene sus raíces en el siglo XIX de la mano de Benjamin Rush, este modelo logra su plena aceptación y vigencia en los años 40 de este siglo, gracias a las contribuciones de Jellinek. Frente a las concepciones moralistas vigentes hasta entonces, Jellinek (1960) defiende que el alcoholismo es una **enfermedad** física, crónica e irreversible que exige un tratamiento para su control.

Este modelo médico se caracteriza por su énfasis en dos aspectos:

- Las propiedades farmacológicas que tiene el alcohol, y los efectos fisiológicos de éste en el cuerpo humano.
- El desarrollo de la dependencia física y las alteraciones orgánicas que produce el alcohol.

### 2.1.1. ETIOLOGÍA Y DESARROLLO DEL TRASTORNO

Según el modelo biomédico, el consumo frecuente y continuado de alcohol y el desarrollo de la dependencia son las *causas del alcoholismo*. El consumo o la exposición al alcohol durante un tiempo prolongado sería un factor determinante de la etiología, mientras que la dependencia física sería factor clave en el desarrollo y mantenimiento del problema.

La dependencia física, según este modelo, es la base del alcoholismo. Esta dependencia se desarrolla progresivamente a medida que el consumo de alcohol va aumentando en cantidad a lo largo de los años, y se manifiesta cuando el alcohólico no

puede controlar voluntariamente el consumo. La pérdida de control es el "sine qua non" del alcoholismo, y lo que le confiere la condición de enfermedad (Jellinek, 1960; Vaillant, 1983). A este respecto, Miller y Chappel (1991) sostienen que la pérdida de control

*"...refleja una alteración cerebral provocada por el alcohol o las drogas que no está bajo el control voluntario consciente del individuo... Lo que se quiere decir por "pérdida de control" es que el alcohólico no puede elegir si beber o no beber. La ocasión se le presenta cuando él se siente desamparado, cuando no puede evitar el beber" (Miller & Chappel, 1991, p. 197).*

La pérdida de control sobre la bebida se explica, desde este modelo, por la influencia que ejercen sobre el alcohólico una serie de factores fisiológicos que están más allá de su control personal. Estos factores incontrolables toman la forma de deseos urgentes e imperiosos ("craving") por beber, y de síntomas de abstinencia que obligan nuevamente a beber.

Algunas teorías dentro de este modelo asumen que estos factores (el deseo intenso y la pérdida de control) así como los patrones de consumo y la tolerancia, están genéticamente determinados.

### 2.1.2. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO

Respecto al tratamiento y rehabilitación del alcohólico, el modelo biomédico defiende un tratamiento médico, básicamente farmacológico, que "detenga" la enfermedad y que ayude a superar los deseos imperiosos que siente la persona por beber y los síntomas de abstinencia. Para ello, es condición indispensable que el alcohólico se reconozca como tal, que esté motivado para dejar de beber y que acepte la necesidad de mantener una abstinencia definitiva.

La razón de la abstinencia absoluta es que se considera que el consumo de una sola copa desencadena en el alcohólico una reacción en cadena que reactiva la dependencia subyacente y le conduce a la pérdida de control. El deseo imperioso por

beber, el malestar producido por los síntomas de abstinencia y la activación de la dependencia física son los *factores que dificultan la rehabilitación* del alcohólico y que, por lo tanto, hay que eliminar o "detener" a base de la abstinencia total.

Se han señalado diversas *ventajas y desventajas* del modelo biomédico de enfermedad (Clarke & Saunders, 1988; Heather & Robertson, 1989; Marlatt, 1985d; Miller & Chappel, 1991).

La ventaja más importante de este modelo biomédico, además de todas sus contribuciones al conocimiento y rehabilitación del alcoholismo, es haber reconocido este fenómeno como una enfermedad que necesita de un tratamiento específico para su recuperación (Heather & Robertson, 1989; Madden, 1986; Miller & Chappel, 1991). Este reconocimiento ha absuelto de responsabilidad y culpa moral a los alcohólicos, favoreciendo en ellos una actitud positiva hacia el tratamiento. En este sentido, Miller y Chappel (1991) opinan que "los alcohólicos y los adictos a otras drogas son más propensos a aceptar el tratamiento y comprometerse con un programa de recuperación si creen que tienen una enfermedad en vez de un problema moral" (p. 203).

Entre las desventajas del modelo de enfermedad, destacan preferentemente dos: por un lado, Edwards (1987) advierte contra el peligro del reduccionismo físico del modelo biomédico. El modelo médico pone casi todo, si no todo, el énfasis en la dimensión biológica, manteniendo que el componente fisiológico y químico es suficiente para explicar el trastorno. Este autor señala, entre otros muchos, que además de los factores biológicos, los factores psicológicos y sociales influyen en la etiología, el desarrollo y la rehabilitación del alcoholismo.

Por otro lado, según Heather y Robertson (1989) y Marlatt (1985d), entre otros, el modelo de enfermedad absuelve en cierta manera al alcohólico de su responsabilidad en el cambio, al declarar que el alcoholismo es una enfermedad crónica e irreversible y que la conducta de beber está más allá del control personal. De acuerdo con estos autores, el modelo biomédico podría conducir a adoptar una actitud pasiva, siempre que el alcohólico experimente una "necesidad imperiosa" o consuma una primera copa. Marlatt (1985d) opina a este respecto que

*"Si los alcohólicos interpretan su problema de bebida como el resultado de una enfermedad o adicción fisiológica, es más*

*probable que asuman el rol pasivo de víctima siempre que comiencen a beber..." (Marlatt, 1985d, p. 7).*

En esta línea, Heather y Robertson (1989) manifiestan que el término "enfermedad" sugiere una actitud pasiva y de falta de responsabilidad personal hacia el problema y el cambio, ya que implica que poco o nada se puede hacer cuando se experimentan algunos de sus síntomas (deseos intensos, síntomas de abstinencia). Estos autores sostienen que "el éxito del tratamiento debe basarse en una relación entre el terapeuta y el cliente en la que este último asuma gradualmente una responsabilidad por el control de su problema... Lo que es verdad para el inicio del cambio también se aplica para el mantenimiento a lo largo del tiempo..." (p. 152).

## 2.2. MODELO PSICOLÓGICO DE CONDUCTA ADICTIVA

El modelo psicológico de conducta adictiva surge en los años 70-80 como una alternativa al modelo biomédico de enfermedad (Abrams & Niaura, 1987; Abrams et al., 1986; Allsop, 1990; Annis, 1990b; Annis & Davis, 1989a; Donovan & Marlatt, 1980; Donovan & O'Leary, 1983; Emrick & Aarons, 1990; Goldman, 1989; Goldman, Brown & Christiansen, 1987; Hodgson, 1989; Hodgson & Stockwell, 1985; Mackay, Donovan & Marlatt, 1991; Marlatt, 1978, 1979, 1985d; Monti et al., 1989; Nathan, 1980, 1985; Rollnick, 1985; Sánchez-Craig, 1990; Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987; Saunders & Allsop, 1987; Wilson, 1978, 1987a, 1987b, 1988).

El modelo psicológico considera que el alcoholismo es una **conducta adictiva**, definida como un hábito negativo, desadaptativo, que se caracteriza por la gratificación inmediata que proporciona (estados de euforia, desinhibición, energía...) y por las consecuencias negativas que hace probable a medio y largo plazo (problemas de salud, familiares, laborales...).

Dentro de esta categoría de conductas adictivas, este modelo incluye no sólo el problema de la bebida o de otras drogas (heroína, cocaína...), sino también el tabaquismo, la compulsión a la comida o al juego (Marlatt, 1985d).

Se asume que las conductas adictivas ocurren a lo largo de un *continuum*, desde un punto en el que su frecuencia es prácticamente nula o normal hasta frecuente o excesiva. El uso frecuente y excesivo de una sustancia, en este caso alcohol, es lo que a menudo conduce a la enfermedad. Según este modelo psicológico, el estado de enfermedad sería el resultado de una conducta adictiva llevada a cabo durante un tiempo prolongado, y no de un trastorno fisiológico subyacente.

El modelo de conducta adictiva se deriva del enfoque cognitivo-conductual, descrito en el capítulo 1, y más concretamente de los principios del aprendizaje cognitivo-social de la personalidad, teoría que, como hemos visto en el capítulo 2, subraya el papel de las cogniciones (en el doble sentido de "procesos" - memoria, interpretación, anticipación, etc. - y de "resultados": creencias, pensamientos, expectativas...) y del ambiente (familiar, social, cultural) en la adquisición de la conducta humana. Donovan y O'Leary (1983) señalan a este respecto:

*"La teoría del aprendizaje cognitivo-social proporciona un modelo emergente con aplicaciones para la comprensión de la etiología, el mantenimiento y tratamiento de los problemas con la bebida y del alcoholismo. Esta perspectiva, como alternativa opuesta al modelo médico tradicional (Jellinek, 1960), minimiza el énfasis del alcoholismo como enfermedad" (Donovan & O'Leary, 1983, p. 107).*

Más recientemente, este modelo psicológico ha tomado de la psicología social conceptos como el de disonancia cognitiva o atribuciones causales, descritas en el capítulo 3, con el fin de enriquecer su poder de explicación y tratamiento de las adicciones.

Respecto a la terminología, es frecuente encontramos en la literatura distintos términos para referirse a este modelo psicológico de conducta adictiva. Los términos más frecuentes y que se intercambian con el de "modelo de conducta adictiva" son "enfoque cognitivo-conductual" y "teoría del aprendizaje cognitivo-social".

Como veremos a continuación, el modelo del alcoholismo como conducta adictiva se caracteriza, a diferencia del modelo de enfermedad, por su interés en los antecedentes y las consecuencias psicosociales de la conducta de beber que van a influir en el origen, desarrollo y tratamiento del alcoholismo. Define el alcoholismo como una

conducta desadaptativa de consumo excesivo e incontrolado de alcohol adquirida por medio de procesos de aprendizaje en los que intervienen diversos factores (dichos procesos y factores serán considerados en el apartado siguiente). Esta conducta desadaptativa, como hemos dicho, se caracteriza por la gratificación inmediata que reporta y las consecuencias negativas, a medio y largo plazo, que ocasiona en la salud, la familia, el trabajo y el ambiente social de la persona que lo padece.

### 2.2.1. ETIOLOGÍA Y DESARROLLO DEL TRASTORNO

En la definición que da el modelo psicológico de alcoholismo destacan dos aspectos que se consideran responsables de la adquisición de dicha conducta adictiva: 1) los procesos de aprendizaje y 2) la combinación de diferentes factores (Abrams & Niaura, 1987; Brown, 1985a; Donovan & Marlatt, 1980; Goldman, Brown & Christiansen, 1987; Marlatt et al., 1988; Monti et al., 1989; Wilson, 1987a, 1987b, 1988).

De acuerdo con la teoría del aprendizaje social y los autores recién citados, entre otros, las conductas adictivas se adquieren y mantienen a través de los mismos *procesos de aprendizaje* que favorecen el desarrollo de otras conductas o hábitos de la vida cotidiana (cocinar, conducir, hacer deporte, etc.). Estos procesos de aprendizaje son:

- La exposición a modelos significativos (familiares, amigos...) que consumen alcohol.
- La ejecución de dicha conducta de beber alcohol.
- La experimentación personal de los efectos del alcohol. Si el consumo de alcohol produce consecuencias positivas (euforia, energía...), la probabilidad de que se repita la conducta es mayor, ya que la respuesta de beber es reforzada por sus consecuencias. Es el proceso que se conoce como condicionamiento operante: la respuesta de beber produce unos resultados deseables para la persona.

- La anticipación de las consecuencias de beber alcohol, favorecida en gran medida por un conjunto de creencias respecto a los efectos del alcohol ("si bebo, me divertiré más", "un trago me aliviará y me sentiré mejor", "el alcohol me da valor para afrontar esta situación").
- El poder que tienen ciertas situaciones personales y sociales para incitar a beber. Estas situaciones, por su asociación al consumo de alcohol, se convierten en estímulos condicionados y provocan por sí solas deseos de beber (ver una botella, entrar en ciertos bares, etc.). Es el proceso conocido como condicionamiento clásico.

En resumen, según el modelo psicológico de conducta adictiva, el modelado, la ejecución, la experimentación de los efectos, la anticipación cognitiva y la asociación de estímulos son procesos que determinan el modo y la frecuencia de la conducta de beber. Esta idea se refleja, en parte, en las siguientes citas:

*"El aprendizaje vicario (o por observación) es una forma robusta de aprendizaje cognitivo que es esencial en el desarrollo de la conducta social, incluido la de beber... El modelado es también de importancia particular en el inicio y mantenimiento de la conducta de beber" (Wilson, 1987a, p. 343).*

*"Los estímulos que se asocian frecuentemente con la ingesta de alcohol son capaces eventualmente de elicitar respuestas fisiológicas, las cuales a su vez sirven de estímulos discriminativos para que tenga lugar la conducta operante de beber" (Monti et al. 1989, p. 8).*

Junto a los mecanismos de aprendizaje por los cuales se adopta la conducta de beber, la investigación desde esta perspectiva cognitivo-conductual estudia los factores iniciales del alcoholismo y los que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento.

Con respecto a los *factores iniciales*, este modelo destaca en el origen del consumo de alcohol la combinación de una serie de factores, como son la disponibilidad y aceptación social del alcohol, la historia familiar con respecto a su consumo, ciertas características de personalidad del consumidor (conductas antisociales, inconformismo,

impulsividad...), el uso que hagan del alcohol el grupo de iguales, las expectativas adquiridas sobre los supuestos efectos del alcohol y la experiencia personal.

Respecto a los *factores que favorecen el desarrollo* de la conducta alcohólica, se destacan como determinantes los efectos reforzantes que tiene el alcohol para la persona (anima, reduce los estados de ánimo negativos), las expectativas o anticipaciones que hace respecto a sus consecuencias positivas, la utilización del alcohol como medio para afrontar el estrés y las situaciones problemáticas, y las reacciones sociales ante dicha conducta de consumo (aprobación social, presión del grupo).

Las siguientes citas ilustran algunos de los puntos mencionados:

*"El beber sirve para transformar los sentimientos negativos en positivos... Estas expectativas positivas interactuarán con el grado de estrés percibido y con las respuestas de afrontamiento disponibles para determinar si la conducta de beber tendrá lugar" (Wilson, 1987a, pp. 346-347).*

*"... la probabilidad de consumir alcohol variará dependiendo de una serie de variables: a) el grado de estrés percibido en la situación; b) el grado de percepción de control que la persona experimenta; c) la disponibilidad de una respuesta de afrontamiento adecuada al estrés percibido y a la posibilidad del alcohol; y d) las expectativas de la persona acerca del alcohol como una respuesta de afrontamiento eficaz... Si un individuo se enfrenta con una situación potencialmente estresante para la cual no tiene una respuesta adecuada que le permita conseguir un resultado satisfactorio..., y si espera que el alcohol sea eficaz en reducir el estrés o proporcionar ese resultado... la probabilidad de beber aumentará" (Donovan & Marlatt, 1980, p. 1158).*

Resumiendo la etiología y el desarrollo del alcoholismo, el modelo psicológico de conducta adictiva considera que el alcoholismo se adquiere como resultado de unos procesos de aprendizaje y por la combinación de diferentes factores personales y ambientales.

### 2.2.2. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO

El hecho de que el problema con la bebida se pueda describir desde este modelo como un hábito maladaptativo adquirido no implica que la persona sea necesariamente responsable de su adquisición, ni que sea capaz de ejercer un control voluntario sobre su conducta (Marlatt, 1985d). Sin embargo, este modelo va a describir el proceso de rehabilitación como un proceso donde la participación activa, el control y la responsabilidad del paciente son necesarias (Haynes & Ayliffe, 1991; Heather & Robertson, 1989; Marlatt, 1985d; Sánchez-Craig, 1990; Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987).

Respecto al objetivo del tratamiento, el modelo psicológico de conducta adictiva admite, a diferencia del modelo de enfermedad, tanto la abstinencia como el beber moderado, dependiendo de las características concretas del alcohólico que, como individuo y no como colectivo, viene a solicitar un tratamiento. La abstinencia, según este modelo, será el objetivo aconsejable y necesario para los alcohólicos con una dependencia moderada o severa y con una historia y características personales que sugieren que el control del consumo no es posible (mayor edad, mayor número de problemas asociados al alcohol, una historia de alcoholismo más larga, etc.); mientras que el beber moderado sería el objetivo indicado para los casos donde la dependencia sea leve y la historia y características personales (menor edad, número de síntomas y problemas asociados al alcohol inferior, historia corta de problemas con el alcohol...) aconsejen un beber controlado más que la abstinencia total (Heather & Robertson, 1989; Miller, 1983a; Sánchez-Craig & Wilkinson, 1987; Sánchez-Craig et al., 1984).

Independientemente de cuál sea el objetivo final del tratamiento, el modelo psicológico de conducta adictiva trata de estudiar el proceso de rehabilitación identificando los factores que están involucrados en él y cuyo conocimiento permitirá desarrollar programas de tratamiento más efectivos. Según las investigaciones llevadas a cabo desde este enfoque (Abrams et al., 1986; Allsop, 1990; Annis, 1991; Annis & Davis, 1988b, 1989b; Annis & Peachey, 1992; Brown, 1985b; Brownell et al., 1986; Cox & Klinger, 1987; Chaney, O'Leary & Marlatt, 1978; Daley, 1987; Larimer & Marlatt, en prensa; Lewis, Dana & Blevins, 1988; Marlatt, 1985c, 1985d; Monti et al., 1989; Oei & Jones, 1986; Rollnick, 1985; Rollnick & Heather, 1982; Shiffman, 1985,

1987, 1989), los factores más frecuentes que precipitan la recaída y que amenazan la rehabilitación son:

- Un compromiso y una motivación débiles por parte del alcoholístico con el propósito del cambio.
- Las anticipaciones positivas que el alcoholístico hace del consumo de alcohol <sup>8</sup>.
- Las creencias de incontrolabilidad sobre la tentación de beber y sobre un primer consumo <sup>9</sup>.
- Situaciones personales y sociales calificadas de alto riesgo porque incitan a beber.
- El afrontamiento incorrecto de estas situaciones.

A la luz de los resultados de las investigaciones realizadas sobre la recaída, el modelo psicológico de conducta adictiva subraya la necesidad de que el alcoholístico participe activamente en el tratamiento; pero que participe y haga frente a la probabilidad de la recaída aprendiendo una serie de pautas o estrategias y no a través del mero desarrollo de la "fuerza de voluntad" y motivación como venía haciendo el modelo tradicional de enfermedad (Allsop, 1990; Annis, 1990b; Annis & Davis, 1988a, 1989b; Clarke & Saunders, 1988; Collier-Phillips & Marlatt, en prensa; Haynes & Ayliffe, 1991;

---

<sup>8</sup> Según Marlatt (1978) y Marlatt y Rohsenow (1980), las anticipaciones positivas que hace el alcoholístico respecto a los efectos del alcohol es un determinante fundamental para que continúe bebiendo. Y añade que estas expectativas alimentan, provocan, los deseos imperiosos, conocidos como "craving", en especial en situaciones de alto riesgo en las que el alcoholístico carece de respuestas de afrontamiento adecuadas y/o se siente desamparado. Marlatt rebate de esta forma el argumento del modelo clásico que defiende que el "craving" es una necesidad interna, física, del alcoholístico.

<sup>9</sup> Engle y Williams (1972) y Marlatt, Demming y Reid (1973), entre otros, llevaron a cabo sendos experimentos en los que trataban de comprobar si la supuesta pérdida de control del alcoholístico obedecía a una causa intrínseca, fisiológica, o era un mito, una creencia, que se transformaba en una profecía porque el alcoholístico lo creía así. Los resultados de ambos experimentos demostraron que sólo las personas (bebedores sociales y bebedores problema) que creyeron beber alcohol bebieron más cantidad independientemente del contenido real de su bebida. A pesar de las limitaciones que tienen este tipo de experimentos, los resultados sirvieron para poner de manifiesto el papel mediador de los factores cognitivos en el desarrollo y tratamiento del problema del alcoholismo.

Larimer & Marlatt, en prensa; Lewis, Dana & Blevins, 1988; Mackay, Donovan & Marlatt, 1991; Marlatt, 1985a, 1985b, 1985d, 1985e; Miller, 1983b, 1985; Rollnick, 1985). Estas *estrategias*, llamadas *cognitivo-conductuales*, son básicamente las siguientes:

- *La toma de decisiones* con respecto al tratamiento del problema. Se trata de ayudar al alcohólico a considerar objetivamente los pros y contras de su conducta y de la de mantenerse en abstinencia. El objetivo último de esta estrategia es el compromiso firme por el cambio.
- *La reestructuración cognitiva de pensamientos*, que implica la discusión y el cambio de ideas que pueden girar en torno a) a los efectos del alcohol, b) a las consecuencias de afrontar la vida sin alcohol y c) a la propia persona y sus capacidades de lograr superar la adicción y afrontar con éxito los problemas de la vida.
- *El afrontamiento correcto* del problema y de las situaciones personales y sociales que lo mantienen. Este afrontamiento puede tomar diversas formas: desarrollo de habilidades sociales, reducción del estrés, resolución de problemas, etc.

Con el aprendizaje de las actividades arriba mencionadas, el alcohólico, según el modelo de conducta adictiva, está más capacitado para hacer frente a las dificultades que experimenta en su proceso de rehabilitación y para ejercer el auto-control sobre su conducta. Todo ello porque se le ofrece unas estrategias concretas para luchar contra su adicción en vez de dejarlo todo en manos de la "fuerza de voluntad".

Este modelo del alcoholismo como conducta adictiva ha recibido, al igual que el modelo biomédico de enfermedad, *alabanzas y críticas*.

La principal ventaja del modelo reside, como se acaba de mencionar, en la posibilidad y los medios que se le ofrecen al alcohólico para resistir la tentación, el impulso, de beber y de no verse como víctima de una enfermedad o de fuerzas fisiológicas

incontrolables. El alcohólico es capaz de controlarse, es responsable en su tratamiento, y puede rehabilitarse.

La crítica más importante que ha recibido este modelo explicativo de las adicciones es el olvido de la dimensión biológica que está implicada en ellas. El alcoholismo, sea enfermedad o conducta adictiva, tiene implicaciones físicas, a la vez que psíquicas y sociales, que influyen en su desarrollo y tratamiento y en el resultado de éste.

### 2.3. MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Los modelos biomédico y psicológico, expuestos anteriormente, tienen la limitación principal de haberse centrado exclusivamente en factores acordes con su orientación teórica. Es decir, se han centrado, al menos en su forma más rigurosa, en estudiar factores sólo biológicos, o sólo psicológicos o sociales. El resultado es que este enfoque "unifactorial" ha sido insuficiente para abordar de forma satisfactoria tanto el estudio como el tratamiento de un problema tan complejo como es el alcoholismo.

La insatisfacción resultante se empieza a dejar sentir en el campo del alcoholismo y de las adicciones en general en los años 80, cuando una serie de profesionales de la investigación y práctica clínica manifiestan la necesidad de un modelo que considere la influencia conjunta de los factores que las distintas teorías venían proponiendo de forma aislada.

Esta idea de la necesidad de un modelo integrador queda recogida por Galizio y Maisto (1985):

*"Hace falta una integración teórica de la literatura que se ha ido acumulando de forma rápida en el campo del abuso de sustancias. La mayoría de las teorías se han desarrollado desde una perspectiva o nivel de análisis único, y en muchos casos son inconsistentes con los datos de otros enfoques ... Claramente, hay una necesidad de una integración teórica en el campo del abuso de sustancias, ... tal integración requerirá un modelo que*

*incorpore factores desde distintas disciplinas: en definitiva, un modelo 'biopsicosocial' " (Galizio & Maisto, 1985, pp. 425-426).*

Y, en efecto, el modelo biopsicosocial se empieza a reconocer a lo largo de la década de los 80 como el modelo más adecuado para estudiar no sólo el alcoholismo, sino también otros trastornos psicológicos (Engel, 1977, 1980).

El modelo biopsicosocial se caracteriza, como su propio nombre indica, por su carácter multidisciplinar y multifactorial. Es decir, considera de forma interactiva la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el alcoholismo, y ello no sólo en la etiología del trastorno sino también en su desarrollo y tratamiento.

Actualmente, la importancia del modelo multifactorial en el alcoholismo es reconocida por la práctica totalidad de teorías y profesionales involucrados en este área, independientemente de cuál sea su disciplina (Abrams, 1983; Abrams & Niaura, 1987; Abrams et al., 1986; Alonso-Fernández, 1987; Brownell et al., 1986; Daley, 1987, 1989; Edwards, 1987; Galizio & Maisto, 1985; Gorski, 1989, 1990; Kissin & Hanson, 1985; Maltzman, 1991; Marlatt, 1985c, 1985d, 1992; Marlatt et al., 1988; Mackay & Marlatt, 1991; Milkman, Weiner & Sunderwirth, 1983; Monti et al., 1989, 1990; Nathan, 1990; Nathan & Marlatt, 1989; Rodríguez-Martos, 1989; Shiffman, 1987; Somers & Marlatt, 1992; Tucker, Vuchinich & Gladsjo, 1991; Tucker, Vuchinich & Harris, 1985; Wallace, 1989, 1990).

Así, desde la medicina encontramos a Rodríguez-Martos (1989) que propone:

*"Debemos identificar el SDA con el modelo biopsicosocial de enfermedad y no con el ya obsoleto modelo clásico, médico naturalista" (Rodríguez-Martos, 1989, p.15).*

*"...cualquier modelo terapéutico deberá tener en cuenta la interacción de variables farmacológicas, ambientales y cognitivas" (Rodríguez-Martos, 1989, p. 169).*

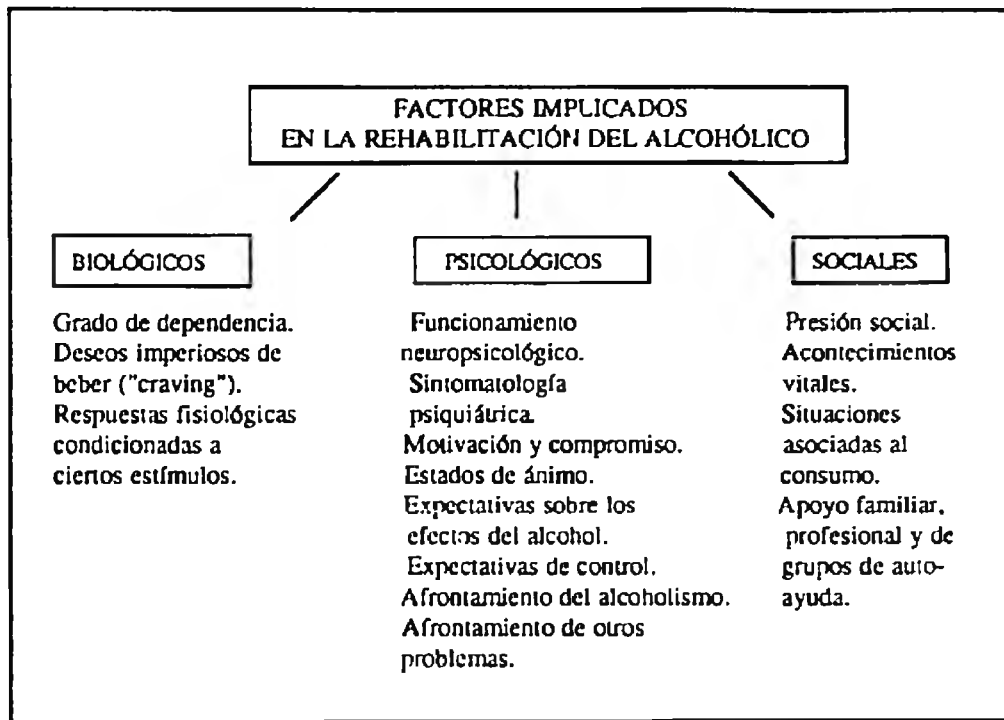
Desde la psicología, Marlatt (1985c, 1992), uno de los principales representantes del modelo cognitivo-conductual de las adicciones, defiende también la necesidad de integrar los enfoques médico y psicosocial en el estudio de las adicciones:

*"... a pesar de nuestro éxito inicial con el enfoque psicosocial ... debemos empezar a integrar estos descubrimientos con la biología del abuso de sustancias... Realmente, el abuso de sustancias está muy influido por ambos factores psicosociales y biológicos. Cualquier explicación completa del problema de la adicción debe incluir ambas perspectivas ... Investigaciones futuras basadas en un enfoque integrativo que muestre cómo las facetas psicosociales y biológicas del problema interactúan y se determinan recíprocamente proporcionarán mayores beneficios tanto para la comprensión de las adicciones como para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento eficaces" (Marlatt, 1985c, pp. 384-385).*

*"... (el modelo cognitivo-conductual) defiende una definición biopsicosocial del abuso de sustancias. Las conductas adictivas se adquieren a través de la influencia y combinación de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores también pueden influir en el mantenimiento de la dependencia a lo largo del tiempo así como en el cese del uso de la droga y en la respuesta a las intervenciones terapéuticas" (Marlatt, 1992; p.5).*

Reconociendo la importancia del modelo biopsicosocial en la triple vertiente de etiología, desarrollo y tratamiento, nos vamos a limitar a este último aspecto, ya que su objetivo último, la rehabilitación, es el tema base de nuestro trabajo.

Nos ha parecido oportuno considerar conjuntamente los distintos factores que intervienen en el proceso de rehabilitación, facilitándolo o dificultándolo, para disponer de una perspectiva amplia, aunque posteriormente limitaremos nuestro estudio a sólo alguno de ellos. Siguiendo a los autores ya mencionados que adoptan el modelo biopsicosocial, presentamos a continuación (véase gráfico 20) los distintos factores que se han identificado y que afectan a la rehabilitación del alcohólico:



(Gráfico 20. Factores biopsicosociales implicados en el proceso de rehabilitación del alcoholico).

Estos factores biológicos, psicológicos y sociales son los más comúnmente asociados a la abstinencia y/o recaída, si bien parece conveniente señalar tres matizaciones:

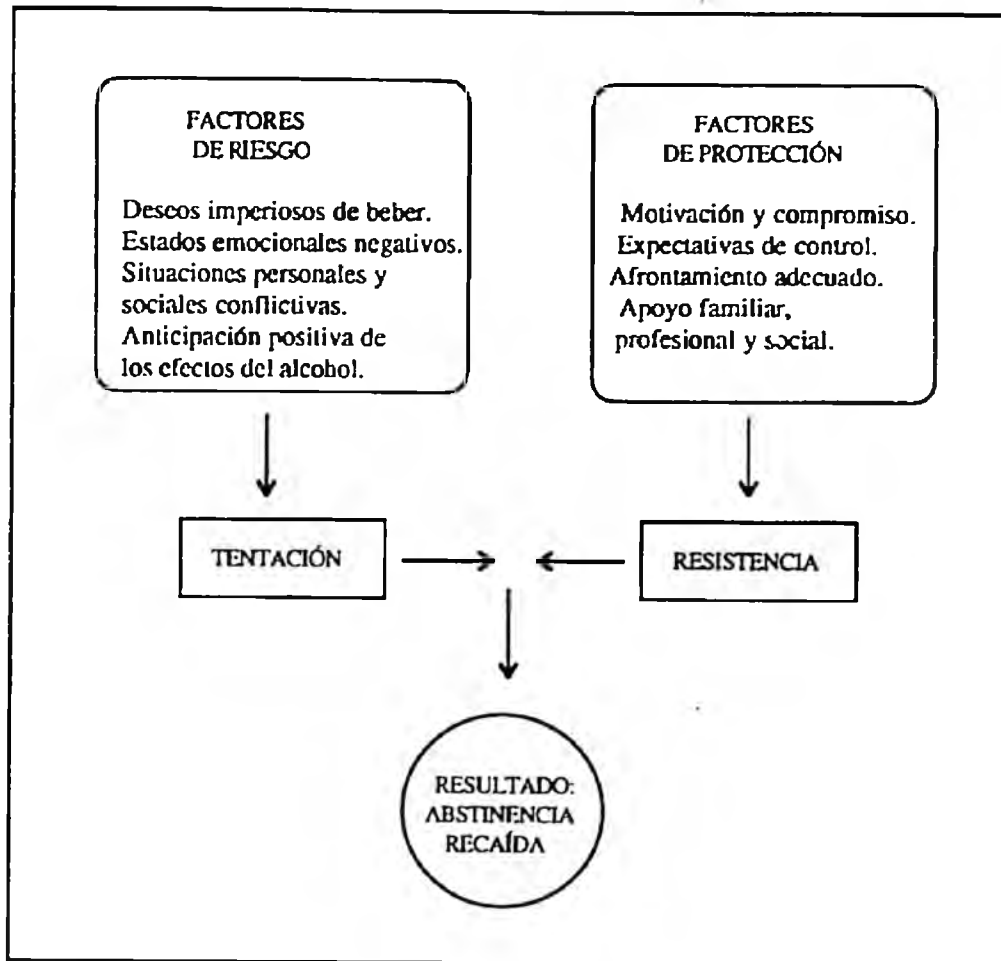
1) Por un lado, la lista de factores identificados no incluye todos los que pueden estar implicados. Por otro lado, todos los factores identificados no tienen que estar presentes en el proceso de rehabilitación. La presencia y/o combinación de estos factores biopsicosociales puede diferir, y de hecho difiere de un alcoholico a otro. Esta observación ha servido para señalar la conveniencia de diseñar o derivar a los pacientes a aquellos programas terapéuticos que mejor se adapten a su situación y características personales (Annis, 1990a; Kissin & Hansen, 1985; McLellan et al., 1983; Miller & Hester, 1980; Rodríguez-Martos, 1989; Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987).

2) La frecuencia e importancia de estos factores biopsicosociales puede variar. Según ciertos estudios, parece ser que las variables más directamente involucradas en este proceso de cambio son de naturaleza psicosocial (Brownell et al., 1986; Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Galizio & Maisto, 1985; Madden, 1986; Marlatt & Gordon, 1980).

3) Los factores señalados como determinantes de la rehabilitación tienen direcciones distintas, esto es, hay factores que parece que precipitan la recaída mientras que otros factores ayudan a prevenirla (Annis, 1990b; Marlatt 1985d; Shiffman, 1987, 1989). En este sentido, y como reflejamos en el gráfico de la página siguiente, cabría diferenciar entre factores de riesgo y de protección.

Los *factores de riesgo* son aquellos que dificultan la rehabilitación porque producen en el alcohólico la tentación de volver a consumir alcohol y, por tanto, aumentan la probabilidad de la recaída. Entre estos factores destacan la experimentación de deseos imperiosos ("craving"), la aparición de estados de ánimo negativos (ansiedad, depresión, aburrimiento...), las situaciones sociales comprometidas (presión, conflictos...), los acontecimientos estresantes, la reducción de la motivación y/o la anticipación de los efectos positivos de consumir alcohol.

Por su parte, los *factores de protección* son aquellos que favorecen la rehabilitación porque actúan como de resistencia contra la tentación y, por tanto, disminuyen la probabilidad de la recaída. Entre estos factores destacan un compromiso serio y decidido por cambiar, un afrontamiento adecuado de la tentación y/o de problemas asociados al consumo, las expectativas de control personal sobre el problema y el apoyo familiar y profesional recibido. Algunos de estos factores, como veremos más adelante, son los que constituyen el objeto de nuestro estudio.



(Gráfico 21. Factores de riesgo y de protección en el proceso de rehabilitación del alcoholico).

El resultado del tratamiento y de la rehabilitación del alcoholico (abstinencia o recaída) dependerá en buena medida del equilibrio entre estos dos tipos de factores, de riesgo y de protección. Probablemente, intervendrán otras variables, tanto a favor como en contra, pero el desarrollo de los factores de protección, que neutralicen el efecto de los factores de riesgo, ha sido señalado como fundamentales en la prevención de la recaída.

Por tanto, podemos considerar que uno de los objetivos del tratamiento será desarrollar en el alcoholico lo que llamamos "factores de protección", es decir, dotarle de recursos personales y sociales para resistir la tentación de volver a beber y afrontar los problemas que le depara la vida con medios similares a los que utiliza el resto de las personas. De esta manera, creemos que serán más probables la participación activa y

responsable del paciente en su programa de tratamiento, y, como consecuencia, la obtención de resultados más esperanzadores. Como expresa Rodríguez-Martos (1989),

*"(el tratamiento) No se limitará a ser una batería de técnicas hechas "para" resolverle pasivamente su problema al individuo, sino que se estructurará como programa, cuya parte esencial es la fase de deshabitación, que exige la participación activa y voluntaria del enfermo. Precisamente, se considera como punto de inflexión decisivo, dentro del proceso terapéutico, aquel momento en que el enfermo pasa de "sujeto pasivo" a "sujeto activo" de su tratamiento..." (Rodríguez-Martos, 1989, p. 164).*

### 3. UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

La mayoría de los factores que han sido identificados como factores que favorecen y dificultan el proceso de rehabilitación del alcohólico (ver gráfico 21, p. 163) se han estudiado dentro de lo que se conoce como "enfoque cognitivo-conductual". Como se recordará, estos factores han sido denominados factores de protección, algunos de los cuales constituyen el objeto de estudio de esta investigación, y factores de riesgo. El enfoque cognitivo-conductual constituye, por tanto, nuestro marco teórico de referencia.

Nos hemos detenido en el enfoque cognitivo-conductual porque es uno de los enfoques teóricos que tiene en la actualidad, al menos en EE.UU y Canadá, mayor auge en el campo de las adicciones. Esto es debido, entre otras razones, al número de investigaciones que genera, las estrategias de tratamiento que propone y los resultados que obtiene en investigación y en clínica (Abrams & Niaura, 1987; Abrams et al., 1986; Allsop, 1990; Allsop & Saunders, 1989; Annis, 1990b, 1991; Annis & Davis, 1988a, 1988b, 1989a, 1989b; Annis & Peachey, 1992; Collier-Phillips & Marlatt, en prensa; Daley, 1987, 1989; Donovan & Marlatt, 1980; Donovan & O'Leary, 1983; Litman et al.,

1979, 1983, 1984; Marlatt, 1978, 1985a, 1985b, 1985c, 1985d, 1985e, 1992; Marlatt & Barrett, en prensa; Monti et al., 1989; Rollnick, 1985; Rollnick & Heather, 1982; Sánchez-Craig, 1990; Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987; Shiffman, 1987, 1989; Wilson, 1987a, 1987b, 1988).

El objetivo de esta sección, especialmente en su parte teórica, es ofrecer una panorámica del estado actual de la aplicación y utilidad de este enfoque en la rehabilitación del alcohólico. Para ello, empezaremos por describir el trabajo realizado por Marlatt y, concretamente, su análisis del proceso y prevención de recaída, por ser el principal punto de arranque de la investigación cognitivo-conductual en adicciones.

Posteriormente, en los capítulos siguientes, pasaremos a estudiar más en profundidad algunos de los factores propuestos que influyen o "protegen" al alcohólico en su rehabilitación: concretamente, las expectativas de control y el afrontamiento. A estas dos variables añadimos una más: las atribuciones causales, que por ser una variable de investigación reciente en el ámbito del alcoholismo no está todavía suficientemente reconocida <sup>10</sup>.

### 3.1. PREVENCIÓN DE RECAÍDA

A Marlatt y colaboradores (Collier-Phillips & Marlatt, en prensa; Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Larimer & Marlatt, en prensa; Marlatt, 1978, 1985a, 1985b, 1985c, 1985d, 1985e; Marlatt & Barrett, en prensa; Marlatt & Gordon, 1980) se les considera como los pioneros más importantes de la aplicación del enfoque cognitivo-conductual al proceso de rehabilitación y prevención de recaída en alcoholismo.

---

<sup>10</sup> Como se puede observar, las expectativas, las atribuciones y el afrontamiento son las variables de personalidad que se han revisado en la primera sección de este trabajo, y que, según el enfoque actual de personalidad, tienen un objetivo: hacer predicciones sobre la conducta y/o los resultados que obtendrá una persona en una situación específica. Estas predicciones en nuestro caso son la probabilidad que tiene un alcohólico de mantenerse en abstinencia y/o de recaer una vez que se ha sometido a un tratamiento.

Como hemos visto casi al principio de este capítulo, el problema más frecuente con que se encuentran todos los tratamientos del alcoholismo (y otras adicciones) es la recaída, la vuelta al consumo después de un período de abstinencia. Como Annis sostiene (1990b),

*"La recaída, por definición, implica un fracaso en mantener el cambio de conducta más que un fracaso en iniciar el cambio"*  
(Annis, 1990b, p. 118).

Conseguir dejar de beber, esto es, iniciar el cambio, durante el tratamiento o cuando éste ha finalizado es un objetivo relativamente fácil para la mayoría de los alcohólicos. Lo difícil es mantener este cambio, permanecer en abstinencia de forma definitiva. Los tratamientos, por tanto, se encuentran con una dificultad principal: la de mantener a sus pacientes en abstinencia una vez que finalizan aquéllos y/o a medida que va transcurriendo el tiempo.

La observación de esta dificultad de mantener la abstinencia ha llevado a varios autores a proponer que el "inicio del cambio" puede estar gobernado por principios diferentes a los del "mantenimiento de ese cambio", y que ambos, inicio y mantenimiento, requieren estrategias de tratamiento diferentes (Allsop, 1990; Annis, 1990b; Bandura, 1977; DiClemente & Prochaska, 1982; Echeburúa, 1985; Echeburúa & Corral, 1986; Marlatt, 1985d).

Esta diferencia entre el inicio y el mantenimiento del cambio ha llevado a distinguir, consecuentemente, dos fases en el tratamiento <sup>11</sup>:

1) *La fase inicial*, que tiene por objetivo inmediato que el alcohólico deje de beber. Esta fase, según Marlatt (1985d), es la que se corresponde con el tratamiento formal, básicamente de desintoxicación

---

<sup>11</sup> Existen en la literatura distintas clasificaciones del proceso global de tratamiento, aunque todas ellas comparten fases comunes, en especial las del inicio del cambio y mantenimiento. DiClemente y sus colaboradores (DiClemente & Prochaska, 1982; DiClemente & Hughes, 1990; Prochaska & DiClemente, 1986) señalan cuatro fases: precontemplación, contemplación del problema, paso a la acción y mantenimiento del cambio. Allsop (1990) describe 4 fases: fase de resolución, de compromiso, de acción y de mantenimiento. Brownell y colaboradores (1986) y Marlatt (1985d) distinguen las fases de motivación y compromiso, inicio del cambio y mantenimiento.

y farmacológico, y en la que se ejerce una mayor vigilancia por parte del terapeuta y familiares para evitar la vuelta al consumo. Los procedimientos más empleados son el uso de interdictores <sup>12</sup> del alcohol (colme y antabuse), la información sobre los efectos del alcohol, la implicación de algún familiar en la terapia y la evitación de situaciones peligrosas (Annis, 1990b).

2) *La fase del mantenimiento*, cuyo objetivo es que el alcohólico mantenga su abstinencia fuera ya de la supervisión estrecha del terapeuta y otras personas (familiares...).

Los métodos tradicionales dirigidos al mantenimiento de la abstinencia han sido básicamente tres (Annis, 1990b; Mackay & Marlatt, 1991; Marlatt, 1985c; Miller & Hester, 1980):

1) Ofrecer al paciente "sesiones de refuerzo", una vez acabado el tratamiento, basadas en la misma línea de actuación que se ha utilizado al inicio de la intervención.

2) Añadir más componentes terapéuticos al programa.

3) Animar al paciente a comprometerse con un grupo de autoayuda (Alcohólicos Anónimos o Cruz de Oro, en nuestro país), cuyos miembros están siempre en proceso de recuperación y nunca totalmente recuperados.

Un método alternativo a estos tradicionales lo constituye la **prevención de recaída** (Daley, 1989; Gorski, 1989, 1990; Marlatt, 1978, 1985d). Marlatt (1985d) define así la prevención de recaída:

---

<sup>12</sup> Los interdictores son sustancias cuyo mecanismo de acción radica en el bloqueo del metabolismo del alcohol, de tal manera que si se consume alcohol, estando bajo los efectos de estos fármacos, se produce un típico cuadro alérgico, cuyos síntomas más comunes son: enrojecimiento facial, sudoración, taquicardia, hipotensión y disnea entre otros. La función de este tipo de sustancias es disuadir al paciente de que beba alcohol.

*"La prevención de la recaída es un programa de auto-control diseñado para fortalecer la fase de mantenimiento del proceso de cambio de hábitos. El objetivo de la prevención de recaída es enseñar a los individuos que están intentando cambiar su conducta cómo anticipar y afrontar el problema de la recaída" (Marlatt & Gordon, 1985d, p. 3).*

El origen de los programas de prevención de recaída descansa en el modelo hipotético que formuló Marlatt (Cummings, Marlatt & Gordon, 1980; Marlatt, 1978, 1985d; Marlatt & Gordon, 1980) a raíz de los resultados de sus investigaciones, y que ha recibido el nombre de "*modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída*" (véase gráfico 22). Tres son los elementos claves de este modelo: situaciones de alto riesgo, afrontamiento y expectativas de autoeficacia <sup>13</sup>.

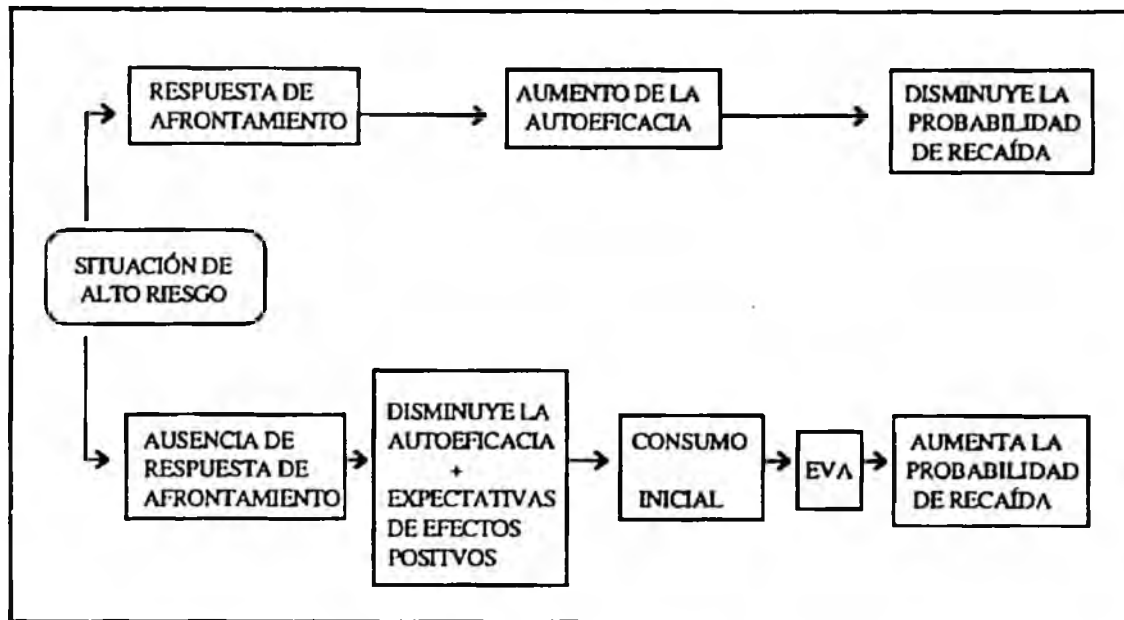
De acuerdo con este modelo, un alcoholíco que termina un tratamiento experimenta una sensación de percepción de control sobre su problema mientras mantiene la abstinencia, esto es, cree que tiene "dominado" su problema de alcoholismo. La percepción de control continuará, según Marlatt, hasta que el alcoholíco se encuentre con una *situación* que se ha dado en llamar de "*alto riesgo*", y que es una situación peligrosa porque incita a beber.

Como se describe en el gráfico 22 de la página siguiente, si el alcoholíco es capaz de *afrontar* de manera eficaz esta situación de riesgo, desarrolla una creencia de eficacia personal para abordar esta situación u otras en un futuro. Esta creencia de eficacia, de confianza en las propias capacidades es lo que se conoce como *expectativa de autoeficacia*. Ambos, el afrontamiento adecuado y la expectativa de autoeficacia disminuyen significativamente, según Marlatt, el riesgo de una recaída.

Por el contrario, si el alcoholíco no es capaz de afrontar con éxito la situación de alto riesgo con la que se tropieza, probablemente experimentará una disminución de su percepción de control o de su autoeficacia en manejar la situación sin beber. Si, además, cree que bebiendo va a conseguir ciertos efectos positivos (relajación, afrontar con más valor el problema, etc.), la probabilidad de hacer un primer consumo de alcohol aumenta. Es decir, afrontamiento incorrecto, autoeficacia reducida y anticipación de efectos positivos favorecen el consumo de alcohol.

---

<sup>13</sup> El afrontamiento y las expectativas de autoeficacia serán revisadas detenidamente en los capítulos siguientes.



(Gráfico 22. Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída. Marlatt, 1985d, p.38).

Según Marlatt, el que este primer consumo desemboque en una recaída depende de las expectativas que el alcohólico tenga respecto de los efectos positivos del alcohol (y no tanto de las propiedades farmacológicas de la droga) y de la interpretación que haga de este consumo. Si el alcohólico atribuye el consumo de alcohol a causas incontrolables (como que él es un alcohólico y nunca dejará de serlo), experimentará lo que Marlatt ha denominado "*efecto de violación de la abstinencia*"<sup>14</sup>, aumentando con ello la probabilidad de recaída.

Resumiendo este modelo, la probabilidad de que un alcohólico se mantenga en abstinencia depende especialmente de estos factores: afrontamiento adecuado de las situaciones de riesgo y desarrollo de expectativas de autoeficacia. Por el contrario, la probabilidad de la recaída depende de que no se afronten correctamente las situaciones de riesgo, que se reduzcan las expectativas de autoeficacia, que se anticipen efectos positivos del consumo de alcohol y de que se atribuya el primer consumo a causas incontrolables.

<sup>14</sup> El llamado Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) será explicado con más detalle en el capítulo dedicado a las atribuciones.

Retomando la fase de mantenimiento de un programa terapéutico, cuyo objetivo es que el alcohólico se mantenga en abstinencia fuera de la supervisión del terapeuta y de los familiares, un tratamiento será eficaz en la medida en que ayude al alcohólico a:

- Anticipar y prevenir la posibilidad de una recaída.
- Recuperarse de un primer consumo, si se produce, para evitar que éste desemboque en una recaída total.

Para conseguir estos objetivos, y en última instancia, el de la abstinencia continuada, el modelo de Marlatt sugiere la inclusión de las siguientes estrategias en el tratamiento, dando lugar a lo que se han llamado "programas de prevención de recaída":

1. Fortalecer el compromiso por el cambio a través de una toma de decisiones seria y deliberada, en la que se sopesan con el paciente los pros y contras de la conducta adictiva y abstinente, y se discuten los supuestos efectos del alcohol.
2. Identificar las situaciones de alto riesgo que amenazan la abstinencia.
3. Enseñar al alcohólico a afrontar correctamente su problema y las situaciones de riesgo. Se trata de buscar o entrenar al alcohólico en formas de pensar y actuar alternativas a la respuesta de beber.
4. Ayudar al alcohólico a atribuir el "primer consumo", si éste se produce, a causas controlables, y a desarrollar expectativas de autoeficacia. En definitiva, desarrollar en él una percepción de control sobre su problema.

Para terminar este apartado diremos que el enfoque cognitivo-conductual es uno más de los modelos teóricos propuestos para explicar el tratamiento del alcoholismo y

diseñar programas de intervención que contribuyan a su rehabilitación. Este modelo, como hemos visto, centra su atención en las variables situacionales, cognitivas y conductuales, sin descartar por ello las dimensiones física y social del problema.

Ahora bien, el modelo cognitivo-conductual, propuesto inicialmente por Marlatt y colaboradores y fortalecido por las contribuciones de otros especialistas (Abrams et al., 1986; Allsop, 1990; Annis, 1990b; Annis & Davis, 1988a, 1988b, 1989a, 1989b; Daley, 1987, 1989; Litman et al., 1979, 1983, 1984; Monti et al., 1989; Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987; Saunders & Allsop, 1987; Shiffman, 1987, 1989; Wilson, 1987a, 1987b), no es más que un modelo hipotético que cobra valor y crédito a medida que se comprueba empíricamente.

Con este objetivo de comprobar la validez del modelo y las variables que en él se describen, se han llevado a cabo muchas investigaciones en el campo del alcoholismo y otras adicciones. Nuestro trabajo es una de ellas.

En los siguientes capítulos pretendemos revisar, desarrollar y relacionar, teórica y empíricamente, una serie de variables de este modelo con el fin de comprobar el papel que desempeñan en el proceso de rehabilitación del alcohólico. Estas variables de estudio, como se indica en el siguiente cuadro, son la percepción de control y el afrontamiento.

1. PERCEPCION DE CONTROL:
1.1. EXPECTATIVAS DE CONTROL:
Expectativa de lugar de control
Expectativa de autoeficacia
1.2. ATRIBUCIONES CAUSALES
2. AFRONTAMIENTO

(Cuadro 5. Variables de estudio).

Por *percepción de control* nos referimos a la creencia de dominio y control que un alcohólico tiene sobre su problema de alcoholismo, esto es, sobre dejar de beber ("no puedo dejar de beber", "permanecer en abstinencia está más allá de mis fuerzas", "soy

capaz de superar mi adicción", "puedo resistir las ganas de beber"). Por definición, es una creencia opuesta a la idea de que el alcoholismo y las recaídas son algo incontrolable y que poco se puede hacer sobre ellas. El *afrontamiento*, por su parte, se refiere al comportamiento y/o a la actitud que adopta el alcohólico ante su adicción. Es su modo de reaccionar ante el problema y ante situaciones que le incitan a beber.

Como se puede observar en el cuadro 5, hay tres variables que constituyen esta creencia de percepción de control: las expectativas de control y las atribuciones causales. Dentro de las expectativas de control diferenciamos, a su vez, dos expectativas: la de lugar de control y la de autoeficacia. Estas tres variables (expectativas de lugar de control, de autoeficacia y atribuciones causales) indican, cada una a su manera, la percepción de control que tiene un alcohólico sobre el dejar de beber.

Ambas variables, percepción de control y afrontamiento, se sugiere que están estrechamente relacionadas y que influyen en el resultado de tratamiento (abstinencia o recaída). Si recordamos, el enfoque cognitivo-conductual, expuesto en la primera sección, defiende que la forma de pensar, interpretar y anticipar influyen en la forma de comportarse y en los resultados que se obtienen; y que, por lo tanto, el pensamiento, las cogniciones, deben ser objeto del estudio de la conducta humana. En nuestro caso, estas cogniciones son la percepción de control, la conducta es el afrontamiento y el resultado es la abstinencia (o la recaída), y lo que pretendemos es comprobar si existe alguna relación entre la percepción de control que un alcohólico tiene sobre su problema, la forma de afrontarlo y el tiempo de abstinencia que mantiene.

Para terminar, somos conscientes de que limitamos el número de variables y relaciones implicadas en la rehabilitación, pero el estudio de todas ellas (biológicas, psicológicas y sociales) resulta imposible en una investigación de este tipo. Debido a su especial importancia, nos hemos inclinado por estas variables cognitivo-conductuales con el objetivo de corroborar la **hipótesis** de que constituyen factores de protección frente a la recaída, y que aseguran en cierta medida el mantenimiento de la abstinencia.

*Resumiendo* este capítulo, el alcoholismo es un trastorno caracterizado por la dependencia que existe del alcohol y que obliga al afectado a seguir consumiéndolo, a pesar de la existencia de problemas físicos, psíquicos y/o sociales. En la mayoría de las ocasiones, el alcohólico necesita de un tratamiento para su rehabilitación; tratamiento que

consiste básicamente en la superación de la necesidad compulsiva a tomar alcohol y en el mantenimiento de una abstinencia definitiva.

Si dejar de beber y mantenerse en abstinencia son los objetivos del tratamiento del alcohólico, también son sus principales problemas. La recaída, la vuelta al consumo, es muy frecuente después de un período de tratamiento en el que se había conseguido estar sin beber.

En un intento de encontrar explicaciones y soluciones al fenómeno de la recaída, es necesario adoptar un modelo biopsicosocial que permita identificar los distintos factores que están implicados en el proceso de rehabilitación y que aporte estrategias terapéuticas. Dentro de este modelo, el enfoque cognitivo-conductual se centra en el estudio de los determinantes psicológicos y sociales del origen, desarrollo y tratamiento del alcoholismo.

Centrándonos en la vertiente del tratamiento, el enfoque cognitivo-conductual considera que es necesario para superar la adicción que el alcohólico quiera y se crea capaz de dejar de beber. Para favorecer estas dos condiciones, el afectado precisa algo más que "fuerza de voluntad"; necesita un tratamiento que haga hincapié en diversos aspectos cognitivo-conductuales, según sean sus necesidades y recursos personales. Estos aspectos son: 1) el desarrollo de la motivación para dejar de beber, 2) la identificación de situaciones de riesgo que le incitan a beber, 3) el afrontamiento de estas situaciones de forma más adaptativa, sin tener que recurrir al alcohol, y 4) el desarrollo de creencias de control y responsabilidad sobre su problema (expectativas de control y atribuciones causales adaptativas). Según el enfoque cognitivo-conductual, estos factores se convierten en instrumentos y recursos que protegen al alcohólico de volver a consumir alcohol, a pesar de que experimente tentaciones y/o se encuentre en situaciones comprometidas. Por el contrario, la ausencia de estos recursos dificulta el mantenimiento de la abstinencia y, por tanto, la recuperación misma.

**CAPÍTULO VI: LAS  
EXPECTATIVAS DE CONTROL  
EN LA REHABILITACIÓN DEL  
ALCOHÓLICO**

Las expectativas de control sobre la adicción constituyen la primera de las variables del enfoque cognitivo-conductual que vamos a considerar en profundidad en este trabajo de investigación. El objetivo de este capítulo será conocer qué son estas expectativas, las dos clases de expectativas que existen (lugar de control y autoeficacia) y el papel que desempeñan en la rehabilitación del alcohólico.

## 1. INTRODUCCIÓN

La dificultad más importante con que se enfrenta el alcohólico en el tratamiento de su adicción es, como ya se ha comentado, dejar de beber de forma definitiva. Dejar de beber durante un período de tiempo corto es un objetivo alcanzable por la mayoría de los alcohólicos; pero a medida que va transcurriendo el tiempo, este objetivo se vuelve más difícil y empiezan a aparecer las recaídas.

Una de las razones que tradicionalmente se han venido ofreciendo para explicar la aparición de las recaídas es la pérdida de control que experimenta el alcohólico sobre su conducta, y que puede manifestarse en dos tiempos (Keller, 1972):

- Antes de que comience el consumo, es decir, cuando el alcohólico siente el deseo de beber y no puede dominarlo.
  
- Y una vez que el consumo ha comenzado.

En ambas circunstancias, esta pérdida de control sobre la bebida se le presenta al alcohólico como algo involuntario y compulsivo, a pesar de los intentos voluntarios por no hacerlo.

La pérdida de control ha sido objeto de una gran controversia en el campo del alcoholismo, controversia que comenzó en la década de los años 70 por los debates que llevaron a cabo diversos investigadores sobre cuáles eran los mecanismos que estaban implicados en este fenómeno: si fisiológicos o cognitivos.

Según el *modelo tradicional de enfermedad*, la pérdida de control se explica por la influencia que ejercen sobre el alcohólico una serie de factores fisiológicos llamados deseos imperiosos por beber ("craving") que le empujan a beber y, en especial, a seguir bebiendo, reactivando con ello la dependencia física subyacente.

Una explicación alternativa es la propuesta por un grupo de investigadores que proceden de las *teorías psicológicas del aprendizaje*. De acuerdo con estos teóricos, la recaída y la pérdida de control no se deben a causas fisiológicas, sino que se ven favorecidas, entre otros factores, por la creencia tan difundida por el modelo de enfermedad de que el alcohólico no es capaz de controlar lo que bebe (Engle & Williams, 1972; Marlatt, Demming & Reid, 1973; Paredes et al., 1973; Pattison, Sobell & Sobell, 1977). Estos teóricos proponen, a modo de hipótesis, que la creencia que ha adquirido el alcohólico de que no puede controlar el consumo de alcohol es lo que le lleva a perder el control en el caso de que comiencen a beber.

Con el objetivo de comprobar dicha hipótesis, se llevan a cabo ciertos estudios experimentales que muestran que los alcohólicos, cuando se les convence de que pueden controlar lo que beben, reprimen su compulsión a beber y mantienen el consumo de alcohol en dosis normales (Paredes et al., 1973; Pattison, Sobell & Sobell, 1977). En una línea similar, Engle y Williams (1972), y Marlatt, Demming y Reid (1973) comprobaron que la creencia de que se estaba bebiendo alcohol fue lo que llevó a un grupo de bebedores-problema a beber en mayor cantidad de la deseada, y ello independientemente del contenido real de la bebida.

Estos resultados demostraron que, en ocasiones, las creencias asumidas pueden ser más importantes que los efectos fisiológicos que provoca el alcohol. Y a pesar de las limitaciones que tienen estos estudios (se realizaron en situaciones de laboratorio y con una muestra no suficientemente representativa de la población alcohólica), tuvieron un mérito y es que contribuyeron al reconocimiento del papel de los factores cognitivos, y más concretamente de las expectativas de control, en la conducta del alcohólico.

Actualmente se mantiene, como ya hemos expresado en el capítulo anterior, que los factores que se ven envueltos en la recaída y pérdida de control subsiguiente son de naturaleza múltiple, esto es, biopsicosocial.

La investigación en la que estamos interesados se deriva, en cierta manera, de esos trabajos pioneros: como ellos, intentamos descubrir si lo que piensa un alcohólico sobre su capacidad de control le condiciona a actuar de un modo u otro. Pero nuestra investigación se diferencia de esos trabajos en dos aspectos:

- Nuestro objeto de estudio son las creencias o expectativas de control que tiene el alcohólico sobre su adicción, más que sobre su consumo. Es decir, no se trata de saber si el alcohólico es capaz de controlar lo que bebe, sino si es capaz de permanecer sin beber a pesar de que experimente "deseos" ("craving").

- La finalidad de este estudio es conocer la relación entre las expectativas de control y la rehabilitación del alcohólico. En este sentido, lo que interesa saber es si los alcohólicos que se mantienen en abstinencia se caracterizan por expectativas de control diferentes a las de los alcohólicos que experimentan recaídas.

Para comprobar si la creencia de control influye en el resultado del tratamiento, los investigadores recurren a dos conceptos que empiezan a cobrar importancia en el panorama psicológico de los años 70, y que se refieren a este aspecto del control percibido. Estos conceptos son la *expectativa de lugar de control sobre el refuerzo*, propuesta por Rotter (1966), y la *expectativa de autoeficacia*, formulada por Bandura (1977), conceptos ambos que surgen en el marco de la teoría del aprendizaje social. Debido a que estos dos conceptos y el marco teórico en el que se integran se han descrito en el capítulo 2, nos limitaremos solamente a mencionar algunos de sus rasgos centrales.

Lo más característico de la teoría del aprendizaje social es que pone de manifiesto el poder que tienen las cogniciones en la adquisición y mantenimiento de la conducta. Entre las cogniciones, destaca la anticipación o *expectativa*, definida como la probabilidad subjetiva que tiene una persona de conseguir un objetivo.

En el caso concreto que nos concierne, diríamos que la creencia que tiene un alcohólico de que si bebe se va a sentir mejor es una expectativa que influye en que vuelva a beber. Por el contrario, creer que si bebe le va a traer consecuencias negativas es una expectativa que le disuadirá, con más probabilidad que la anterior, de volver a beber. Esta expectativa, por tanto, sirve para predecir, en cierta medida, la conducta del alcohólico: ya sea de consumo o de abstinencia.

Las expectativas que vamos a considerar en este trabajo no se refieren a la anticipación de los efectos positivos o negativos de beber alcohol, sino, como ya hemos comentado, al control que cree tener el alcohólico sobre su adicción ("¿puedo dejar de beber?", "¿soy capaz de prevenir las recaídas?"). Por esta razón reciben el nombre de *expectativas de control* o de controlabilidad. Sin embargo, y a pesar de compartir este aspecto del control, nos encontramos con dos expectativas: la de lugar de control y la de autoeficacia, que han sido conceptualizadas de forma distinta por sus creadores y propuestas para estudiar "realidades psicológicas" diferentes.

Como se recordará, la expectativa de lugar de control sobre el refuerzo se utiliza para conocer el control que cree tener una persona sobre un refuerzo o resultado deseado. Por ejemplo, ¿en qué medida cree un estudiante que el "aprobar los exámenes" está bajo su control, que es contingente con sus esfuerzos? Por su parte, la expectativa de autoeficacia se utiliza para evaluar la confianza que tiene una persona en sus capacidades para realizar una actividad o conducta. Siguiendo con el ejemplo anterior, ¿en qué medida el estudiante cree que es "capaz de estudiar"? La conducta que adoptará finalmente el estudiante dependerá, al menos en gran medida, de que se crea capaz de estudiar (expectativa de autoeficacia) y de que crea que estudiando va a conseguir aprobar (expectativa de lugar de control).

A pesar de estas diferencias, la relación entre ambas expectativas es estrecha y más en el campo del alcoholismo, donde se han venido utilizando las dos para conocer la percepción de control que tiene un alcohólico sobre su adicción. Por decirlo de algún modo, se han empleado dos "procedimientos" distintos para medir esta percepción de control: cuando los investigadores han querido conocer el grado de control que tiene el alcohólico sobre la adicción, entendiendo la superación de la adicción como refuerzo o resultado, han recurrido a la **expectativa del lugar de control sobre el refuerzo**. Desde esta perspectiva, interesa saber si el alcohólico cree que "el dejar de beber" está bajo su control, si es contingente con su conducta, o, si por el contrario, cree que sólo

depende de la suerte o el destino. En cambio, cuando los investigadores quieren conocer en qué medida el alcohólico es capaz de realizar la conducta necesaria para superar su adicción, recurren a la **expectativa de autoeficacia**. Desde esta perspectiva, interesa saber la confianza que tiene el alcohólico en sus capacidades para resistir la tentación de beber en cualquier situación que se encuentre, o, dicho de otro modo, para afrontar cualquier situación sin recurrir a la bebida.

Como se podrá observar, existe cierto parecido entre ambas expectativas puesto que ambas se refieren a la misma "realidad psicológica": si el alcohólico se cree capaz de dejar de beber. Sin embargo, y a riesgo de resultar repetitivo, hemos considerado a las dos en este trabajo, tanto a nivel teórico como empírico, por las siguientes razones:

1) Las dos expectativas están presentes en la literatura sobre alcoholismo y percepción de control. Y nos ha parecido más enriquecedor disponer de toda la información al respecto.

2) Aunque la información que proporcionan las dos expectativas es similar, podemos encontrar algunas diferencias:

- La expectativa de lugar de control nos informa sobre una creencia más "general", la creencia de si la superación de la adicción (el refuerzo) está en manos del alcohólico o en manos del destino o azar.

- La expectativa de autoeficacia permite conocer la capacidad que tiene el alcohólico de "afrontar distintas situaciones sin bebida" (de realizar la conducta) e identificar las situaciones de mayor riesgo.

3) Por último, estudiar teórica y empíricamente las dos expectativas permitirá conocer la utilidad de cada una de ellas en el tratamiento y en la discriminación de abstinentes y reincidentes.

Empezaremos por la expectativa de lugar de control porque es la primera que aparece en la literatura, y dedicaremos el apartado siguiente a la expectativa de autoeficacia.

## **2. LA EXPECTATIVA DE LUGAR DE CONTROL EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**

### **2.1. INTERÉS DE ESTA VARIABLE EN EL TRATAMIENTO**

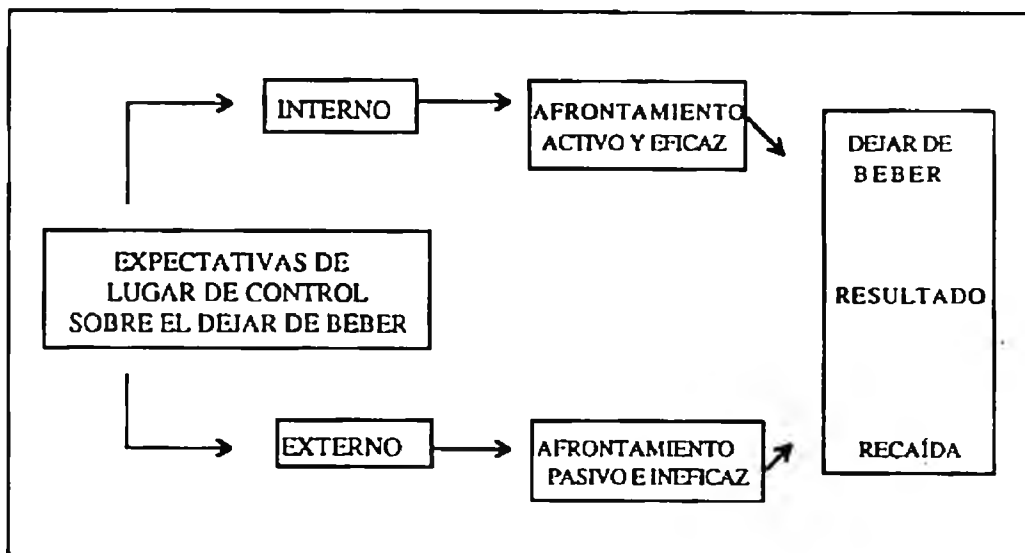
Desde que Rotter desarrollara el concepto de expectativa de lugar de control (conocido también como "locus of control") en 1966, esta variable de personalidad ha sido objeto de numerosos estudios en el área del alcoholismo, especialmente en la vertiente del tratamiento y de la rehabilitación (Abbot, 1984; Annis & Peachey, 1992; Canton et al., 1988; Donovan & O'Leary, 1983; Haynes & Ayliffe, 1991; Mariano et al., 1989; Natera, Herrejón & Casco, 1988; O'Leary, Donovan & O'Leary, 1976; O'Leary et al., 1975; Rohsenow & O'Leary, 1978; Walker et al., 1980, 1979).

El interés por la expectativa de lugar de control en este campo comenzó en la década de los años 70, y ha seguido atrayendo la atención de los investigadores y clínicos hasta nuestros días, debido a la relación que parece tener esta expectativa con la forma en que las personas afrontan los problemas.

Los estudios que se han realizado desde los enfoques cognitivos de la conducta muestran que mantener expectativas de control sobre un acontecimiento dado (aprobar exámenes, problemas de salud...) anima a afrontarlo. Por el contrario, asumir que uno no tiene el control suficiente sobre un suceso disuade de la lucha y conduce a adoptar

conductas pasivas y/o de evitación. Así, por ejemplo, si una persona cree que no es posible aprobar las oposiciones, no estudiará, o lo hará en menor medida que si cree que es posible aprobarlas.

Los resultados obtenidos por estos estudios animaron a algunos investigadores del campo del alcoholismo a considerar la influencia que la expectativa de lugar de control podría tener en el tratamiento de este trastorno. Concretamente, se planteó la hipótesis de que la probabilidad de que un alcohólico se rehabilitara dependía, entre otros factores, de su expectativa de poder dejar de beber. La creencia del alcohólico de que es capaz de dejar de beber (lugar de control interno) le animaría a afrontar su problema de manera activa y eficaz. Por el contrario, la creencia de que la adicción es incontrolable y que no se puede hacer frente a sus imperativos (lugar de control externo) le conduciría a afrontar el problema de una manera pasiva e ineficaz. Como se refleja en el gráfico 23, se espera que los resultados de mantener una expectativa y el afrontamiento de uno y otro tipo sean diferentes:



(Gráfico 23. Efectos de las expectativas de lugar de control sobre la adicción).

Con el objetivo de comprobar la influencia de la expectativa de lugar de control en la rehabilitación del alcoholismo, se empiezan a llevar a cabo diversos estudios empíricos que pueden agruparse en dos categorías, en función del tipo de expectativa empleado: expectativas generalizadas o expectativas específicas.

Hablamos de *expectativas generalizadas* para referirnos a la creencia de control que tiene una persona sobre distintos refuerzos o situaciones que tiene que afrontar en su vida (situaciones personales, académicas, laborales, sociales, sociopolíticas, etc.). Las *expectativas específicas*, sin embargo, se refieren a la creencia de control que tiene una persona sobre un refuerzo o situación concreta (conseguir un premio, dejar de beber...).

Refiriéndonos tanto a las expectativas generalizadas como a las específicas, se considera que una persona se caracteriza por un:

- *Lugar de control interno* cuando cree que el refuerzo que desea conseguir está bajo su control, que la consecución de dicho refuerzo es contingente con sus propias acciones y esfuerzos.

- *Lugar de control externo* cuando la persona cree que el refuerzo no está bajo su control sino que depende de factores externos como la suerte, el azar o la influencia poderosa de otros.

## **2.2. EXPECTATIVAS GENERALIZADAS DE LUGAR DE CONTROL**

En un primer momento, las expectativas generalizadas de lugar de control son las que acaparan la atención de todos los investigadores interesados en comprobar la influencia que tiene la percepción de control en el tratamiento del alcoholismo. El interés por las expectativas generalizadas se debe en gran medida a que en un principio sólo se dispone en el ámbito psicológico de instrumentos que midan este tipo de expectativas.

Los instrumentos más utilizados en las investigaciones sobre la dependencia del alcohol ha sido la escala que desarrollara el propio autor (Rotter, 1966) y, en menor medida, la escala de Levenson (1972). Ambas escalas se caracterizan porque sus ítems preguntan por el control que una persona cree tener en situaciones personales, académicas, interpersonales y sociopolíticas. Un ejemplo de estos ítems es: "Alcanzar el éxito es cuestión de trabajo duro; la suerte tiene poco, o nada, que ver en ello" o "Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar exacto en el momento preciso". La persona encuestada tiene que elegir una de las dos alternativas que se le presentan indicando con ello su creencia de control. Si elige la primera alternativa en el ejemplo expuesto, se diría que tiene una creencia de lugar de control interno; si elige la segunda, su creencia sería de lugar de control externo.

El objetivo general de las investigaciones que se realizan en el ámbito del alcoholismo es conocer si existe una relación entre las expectativas generalizadas de control internas y externas, por un lado, y la evolución del alcohólico, por otro. Pero los resultados que han arrojado estos trabajos son en su mayoría muy contradictorios e inconsistentes. Para poder disponer de una visión más clara de dichos trabajos, los hemos agrupado en tres categorías o grupos en función de sus objetivos.

*Un primer grupo de estudios* tiene como objetivo conocer si existen diferencias en la expectativa generalizada de lugar de control entre los sujetos alcohólicos y los sujetos no alcohólicos. Los resultados encontrados son los siguientes:

a) Los alcohólicos, como se había supuesto, se caracterizan por tener un lugar de control generalizado más externo que los no alcohólicos (Butts & Chotlos 1973; Echeburúa & Elizondo, 1988; Mills, 1991; Sandoz, 1991; Wright, 1984). Es decir, los alcohólicos creen, en mayor medida que los no alcohólicos, que las situaciones y los acontecimientos que se les presentan a lo largo de la vida no están bajo su control.

b) Los alcohólicos no se diferencian de los no alcohólicos en la expectativa de lugar de control (Chess, Neuringer & Goldstein, 1971; Donovan & O'Leary, 1975; Drasgow et al., 1974; Sivley & Johnson,

1965). Tanto unos como otros tienen creencias similares en cuanto al control que perciben sobre las situaciones generales de la vida.

c) Los alcohólicos se caracterizan por tener un lugar de control más interno que los no alcohólicos (Costello & Manders, 1974; Distefano, Pryer & Garrison, 1972; Gozali & Sloan, 1971; Ludenia & Russell, 1983). Según estos resultados, los alcohólicos, en mayor medida que los no alcohólicos, creen que las situaciones y acontecimientos generales sí están bajo su control. Este descubrimiento, en algunos casos inesperado, se ha interpretado de dos formas:

- El alcohólico experimenta una percepción de control sobre las situaciones debido a los efectos reforzantes que le proporciona el alcohol; éste reduce sus estados emocionales negativos, evita los síntomas de abstinencia y proporciona una sensación de poder. Estas experiencias positivas le hacen sentir una percepción de control sobre las situaciones.

- La internalidad percibida de algunos alcohólicos puede representar una percepción exagerada e irrealista de control. Hinrichsen (1976) se ha referido a estos alcohólicos como "internos defensivos", y explica esta internalidad en base a la necesidad de los alcohólicos de proteger su autoestima y reducir la ansiedad que les produce su situación real.

*Un segundo grupo de estudios* tiene como objetivo conocer la expectativa generalizada de lugar de control de los alcohólicos en función del tiempo que llevan de tratamiento. La hipótesis de partida de estos estudios sugiere que, como resultado del tratamiento, los alcohólicos desarrollarán un lugar de control más interno. Este cambio vendría a reflejar, según los investigadores, una mayor responsabilidad y un afrontamiento más eficaz de los problemas. Sin embargo, los resultados no son del todo unánimes.

a) Algunos estudios, como se había supuesto, mostraron un cambio en la dirección interna del lugar de control a medida que transcurría el tratamiento (Abbot, 1984; Caster & Parsons, 1977a, 1977b; Chakravarthy, Kumaraiah & Mishra, 1990; Chess, Neuringer & Goldstein, 1971; Kennedy, Gilbert & Thoreson, 1978; O'Leary,

Donovan & O'Leary, 1976; O'Leary et al., 1975; Oziel & Obitz, 1975). Es decir, el tratamiento tenía como resultado, entre otras cosas, el aumentar la expectativa de control interno en los pacientes.

b) Otros estudios encontraron, en cambio, que el lugar de control permanecía relativamente estable e insensible a los efectos del tratamiento (Costello & Manders, 1974).

Finalmente, *un tercer grupo de estudios* tiene como objetivo conocer la expectativa generalizada de lugar de control de los alcohólicos en función del resultado una vez finalizado el tratamiento. Dicho de otro modo, se trata de comprobar si la abstinencia y la recaída se encuentran asociadas a un tipo diferente de expectativa. Los resultados que se encuentran son de nuevo contradictorios :

a) En algunos estudios los resultados indican un lugar de control más externo entre los alcohólicos reincidentes (Canton et al., 1988; Caster & Parsons, 1977a, 1977b), y un lugar de control interno a medida que transcurría mayor tiempo de abstinencia (Sandoz, 1991). Es decir, estos resultados reflejan una asociación positiva entre la internalidad y el mantenimiento de la abstinencia.

b) Por el contrario, otros estudios indican que los alcohólicos con un lugar de control más interno recaían o abandonaban el tratamiento con mayor frecuencia que los alcohólicos con un lugar de control más externo (Costello & Manders, 1974; Pyle, 1984).

Las conclusiones que se pueden sacar de las investigaciones realizadas con las expectativas generalizadas de lugar de control en el campo del alcoholismo son contradictorias y confusas (Donovan & O'Leary, 1983; Rohsenow & O'Leary, 1978):

1. Por un lado, los alcohólicos parecen tener un lugar de control generalizado igual, más interno o más externo que los no alcohólicos.

Si bien los estudios mejor realizados señalan que los alcohólicos o no se diferencian de los no alcohólicos o tienen un lugar de control más externo.

2. Por otro, los alcohólicos parecen convertirse en más internos o no experimentar ningún cambio en su lugar de control a medida que progresa el tratamiento. Así mismo, la internalidad y la externalidad parecen asociarse ambas al éxito del tratamiento.

A propósito del resultado en el que la internalidad se encuentra asociada a la abstinencia y la recaída, algunos autores han sugerido, como ya señalara Rotter (1975), que una relación curvilínea, moderada, entre el lugar de control y el funcionamiento personal (en este caso, resultado del tratamiento) es lo más conveniente para preservar al alcohólico de la recaída (Rohsenow & O'Leary, 1978). Según estos autores (Rohsenow & O'Leary, 1978),

*"Algunos alcohólicos tienen ideas mágicas e irrealistas sobre su capacidad para controlar los acontecimientos, mientras que otros tienen una sensación excesiva de desamparo. En estos casos, el tratamiento necesita ajustarse a cada individuo, ayudando a los alcohólicos muy internos a formarse expectativas más realistas y a los alcohólicos muy externos a entrenarles en habilidades de afrontamiento (Rohsenow & O'Leary, 1978, p. 73).*

A la vista de estos resultados tan inconsistentes, se han sugerido tres explicaciones:

1. La relación que guarda la expectativa generalizada de lugar de control con el trastorno y tratamiento del alcoholismo no es relevante. Las creencias de control que un alcohólico asume sobre situaciones laborales, sociales y/o políticas no parecen guardar mucha relación con:

- La creencia de control sobre su adicción.

- La conducta de afrontamiento que vaya a adoptar ante su problema de alcoholismo.
- El resultado que vaya a obtener tras su tratamiento, ya sea rehabilitación o recaída.

2. La relación entre la expectativa generalizada de lugar de control y alcoholismo sí es relevante pero la existencia de errores metodológicos en el diseño de estos estudios puede invalidar el valor de esta relación. Algunos autores (Butts & Chotlos, 1973; Donovan & O'Leary, 1983; Rohsenow & O'Leary, 1978) señalan importantes fallos en la metodología y procedimiento empleados, en especial en la selección de las muestras.

3. La relación entre el lugar de control y alcoholismo sí es relevante pero la utilización de escalas que miden expectativas generalizadas de lugar de control (Levenson, 1972; Rotter, 1966) pueden no ser la medida adecuada para una problemática tan específica como el alcoholismo. En este sentido, Rotter (1966, 1975) recomienda el empleo de expectativas específicas cuando la situación a afrontar sea muy concreta y familiar, dado que el poder de predicción que tienen es mayor que el de las expectativas generalizadas. Y será esta recomendación, la de utilizar expectativas específicas, la que anime a los investigadores a seguir estudiando los efectos de mantener una expectativa de control en el tratamiento del alcohólico.

### **2.3. EXPECTATIVAS ESPECÍFICAS SOBRE LA ADICCIÓN**

Los estudios que utilizan expectativas específicas de control sobre la adicción, y no sobre situaciones generales, constituyen la segunda categoría de las que hablábamos al referirnos a los trabajos existentes en la literatura sobre percepción de control y alcoholismo.

Como hemos visto, dos son las razones que motivan esta nueva línea de investigación: los resultados inconsistentes obtenidos con el empleo de medidas generalizadas de lugar de control y las recomendaciones de Rotter (1966, 1975) sobre el empleo de expectativas específicas cuando la situación a afrontar sea muy familiar.

El alcoholismo es una situación muy familiar y específica que requiere unas expectativas de control específicas y el desarrollo de escalas también específicas. En este sentido, Donovan y O'Leary (1978), entre otros, señalan que

*"Una medida relacionada más específicamente con las situaciones de bebida debería proporcionar un poder de predicción mayor, así como unos resultados menos ambiguos, que los obtenidos por la escala I-E"<sup>15</sup> (Donovan & O'Leary, 1978, p.762).*

Además, es importante recordar que las expectativas específicas sobre la adicción responden a la idea u objetivo original de los investigadores: conocer las creencias de control que tiene el alcohólico sobre "el dejar de beber" y su influencia en el proceso de rehabilitación.

A la vista de estas consideraciones, se comienzan a elaborar escalas que midan las creencias de control sobre el dejar de beber (Donovan & O'Leary, 1978; Keyson & Landa, 1972; Room & Leigh, 1992; Stafford, 1980; Worrell & Tumilty, 1981). Algunos ejemplos de los ítems de estas nuevas escalas son: "En lo que se refiere al alcoholismo, la mayoría de nosotros somos víctimas de circunstancias que ni entendemos ni podemos controlar" o "Podemos dominar nuestro problema tomando parte activa en los programas de tratamiento"; "Es la propia persona la que decide si bebe o no" o "La mayoría de las veces la gente te lleva a beber". Igual que en el caso de las expectativas generalizadas, los alcohólicos deben responder eligiendo una alternativa de las dos que se le presentan. En el primer ejemplo expuesto, la primera alternativa es indicativa de una creencia de lugar de control externo, y la segunda de un lugar de control interno. En el segundo ejemplo, es al revés: la primera alternativa refleja un lugar de control interno, y la segunda un lugar de control externo.

---

<sup>15</sup> La escala I-E se refiere a la escala internalidad-externalidad de Rotter (1966).

Una vez construidas las escalas, se llevan a cabo algunos estudios para comprobar su eficacia, y se comprueba que las medidas específicas, en comparación con las medidas generalizadas, son superiores para evaluar las expectativas de control con respecto al alcoholismo (Abbot, 1984; Bridgman, 1990; Donovan & O'Leary, 1978; Johnson et al., 1991; Pyle, 1984; Walker et al., 1979).

Confirmada la eficacia de las medidas específicas, el segundo objetivo es demostrar la relación entre las expectativas de lugar de control interno y externo, por un lado, y la abstinencia y recaída, por otro. Los trabajos realizados indican, por lo general, una asociación entre la creencia de control interno sobre la adicción y una buena evolución del alcoholismo. Los resultados que se deducen de los mismos son:

a) El lugar de control específico evoluciona hacia la internalidad en los alcohólicos que reciben y terminan los programas de tratamiento. Es decir, parece que los alcohólicos que responden positivamente a la terapia creen que dejar de beber está en sus manos y que pueden hacer frente a su problema de adicción (Abbot, 1984; Jones, 1985; Walker et al., 1980, 1979).

b) La expectativa de control interno se asocia con un mejor mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, permitiendo discriminar a los sujetos abstinentes de los sujetos que recaen (Annis, 1991; Annis & Peachey, 1992; Bridgman, 1990; Johnson et al., 1991; Mariano, 1989).

c) Se ha observado que los alcohólicos que creen que dejar de beber está en sus manos, además de terminar el tratamiento, participan más activamente en el programa y/o asisten a grupos de autoayuda (Bridgman, 1990).

Según las conclusiones de estos trabajos, parece que se confirma la predicción, defendida por las teorías cognitivas de la conducta, de que la expectativa de poder dejar la bebida a través de los propios esfuerzos conduce a afrontar mejor el problema y a obtener mejores resultados en el tratamiento. Como señalan Annis y Peachey (1992)

*"Desde una perspectiva cognitivo-conductual, un lugar de control interno ... se espera que conduzca a una actitud de afrontamiento más activa que facilite unos buenos resultados a largo plazo" (Annis & Peachey, 1992, p. 70).*

Sin embargo, también se encuentran en la literatura algunas investigaciones que contradicen los resultados obtenidos a favor de la internalidad, aunque en menor medida que en el caso de las expectativas generalizadas. Así, Sheehan (1989) no encuentra en su estudio de seguimiento diferencias significativas en la expectativa de lugar de control entre los abstinentes y los alcohólicos que recayeron: ambos grupos de alcohólicos creyeron que estaba en sus manos dejar de beber. Por su parte, Lindstrom (1986) y Pyle (1984) defienden una externalidad en los alcohólicos como requisito necesario tanto para terminar el tratamiento como para mantener la abstinencia una vez finalizado éste. El argumento de estos investigadores es que una expectativa de control interno hace que los alcohólicos se confíen en exceso, que crean que pueden controlar perfectamente su problema y que no adopten las medidas oportunas en situaciones de riesgo, lo cual favorecería las recaídas.

Una posible explicación a este hecho de que tanto la internalidad como la externalidad se asocian con un buen pronóstico es que las recomendaciones de un lugar de control interno pueden ser beneficiosas para unos alcohólicos pero no para otros (Annis & Peachey, 1992; Rohsenow & O'Leary, 1978). Esto dependerá de:

1. La conciencia que tengan los alcohólicos de su problema. Se sugiere que la internalidad es apropiada cuando el afectado es consciente y asume su problema. Por el contrario, cuando el alcohólico niega su adicción, su presunta internalidad reflejaría más una falta de conciencia que la convicción real de que puede mantener su abstinencia. En estos casos, la falta de conciencia es lo que conduce a la recaída, y no la creencia de control interno.

2. La fase de tratamiento en la que se encuentre el alcohólico. Se considera que las creencias de control intermedias pueden ser más beneficiosas para los alcohólicos que se encuentran en fases tempranas del tratamiento y/o que recaen con frecuencia, porque obligan al alcohólico a ser realista y más prudente.

A la vista de estos resultados, y a pesar de que la opinión mayoritaria se decante a favor de una expectativa de lugar de control interno de cara a mantener la abstinencia, podríamos considerar dicha expectativa como un arma de doble filo. En su forma de internalidad, puede animar al alcohólico a un afrontamiento adecuado del problema, o bien puede disuadirle de enfrentarse directamente con él al creer que lo tiene dominado (es lo que se conoce como "ilusión de control"). En su forma de externalidad, puede dificultar la rehabilitación de un alcohólico al impedirle tomar las medidas necesarias, o puede reflejar una creencia realista en los primeros momentos del tratamiento.

La importancia de esta variable en estos casos, como han indicado ciertos autores (Donovan & O'Leary, 1983; Rohsenow & O'Leary, 1978), estará en la identificación adecuada de subgrupos de alcohólicos y en la aplicación de diferentes programas de tratamiento a cada uno de ellos.

Resumiendo este apartado de expectativas de lugar de control y alcoholismo, podemos decir que:

1. Las expectativas generalizadas no parecen guardar una relación significativa con la evolución del alcohólico. Los estudios realizados arrojan resultados confusos e inconsistentes.
2. Las expectativas específicas sobre el dejar de beber, en cambio, se asocian, con frecuencia, a un afrontamiento del problema directo y eficaz, y a un mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

### **3. LA EXPECTATIVA DE AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**

#### **3.1. INTERÉS DE ESTA VARIABLE EN EL TRATAMIENTO**

La expectativa de autoeficacia es la segunda expectativa de control que aparece en la literatura referente a la percepción de control y el alcoholismo. Y es quizás hoy en día, dentro de las variables cognitivas, uno de los conceptos más influyentes en el área de la investigación y del tratamiento de las adicciones, y en particular en el del alcoholismo (Annis & Davis, 1988a, 1988b, 1989a, 1989b; Curry & Marlatt, 1987; DiClemente, 1986; Heather & Robertson, 1989; Litman et al., 1979, 1984; Marlatt, 1985b; Marlatt, Baer & Quigley, 1993; Rollnick & Heather, 1982; Ross et al. 1989; Velicer et al., 1990; Waisberg, 1990; Wilson, 1978).

El interés por este concepto comenzó en la década de los años 80, poco después de que Bandura (1977), su autor, lo desarrollara; y su primer área de estudio fue el tabaquismo (Conditte & Lichtenstein, 1981). Posteriormente, su aplicación se ha ido extendiendo a otras adicciones y es en nuestros días cuando ha cobrado una mayor relevancia por sus posibles implicaciones terapéuticas tanto en el tratamiento como en la prevención de recaída (Annis, 1982, 1984; Barber, Cooper & Heather, 1991; DiClemente, Gordon & Gibertini, 1983; Ross et al., 1989; Sandahl, Lindberg & Ronnberg, 1990).

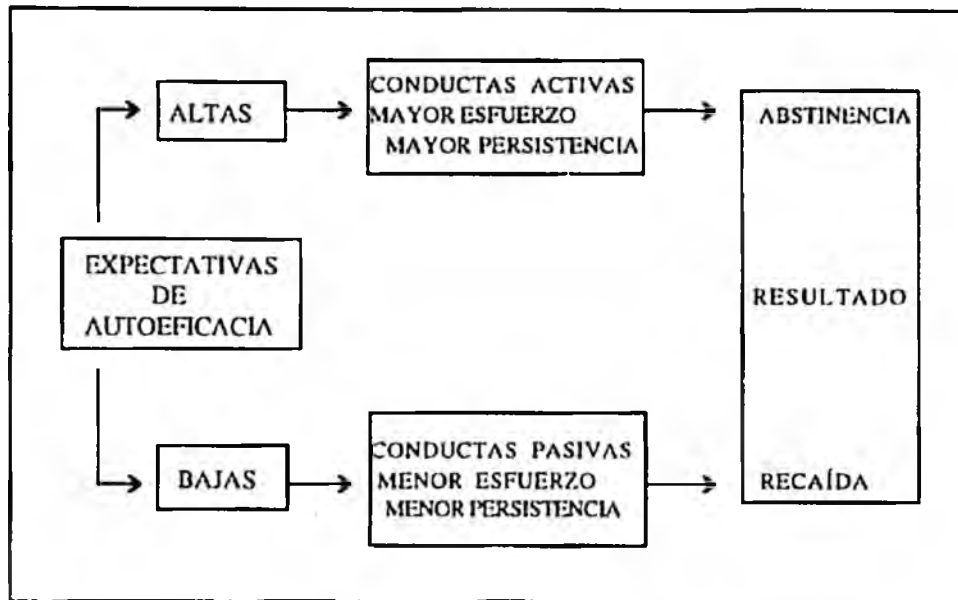
El interés que ha despertado esta variable, al igual que la expectativa vista anteriormente, se debe a la influencia que ejerce en la conducta humana. Según las teorías cognitivas y los estudios realizados en diversos campos, la autoeficacia o la confianza en las propias capacidades influye en la forma de afrontar un problema, así como en el esfuerzo que se le dedica y en la constancia. Visto en un ejemplo, si una persona considera que es capaz de realizar la carrera de medicina y quiere ser médico, estudiará y dedicará el tiempo y los esfuerzos necesarios hasta conseguirlo. Por el contrario, si duda

de sus capacidades, es probable que elija otros estudios o que, en el caso de que decida estudiar esa carrera, se esfuerce menos y sus resultados sean peores.

Animados por estos estudios y la teoría que los suscitó, un grupo de investigadores empieza a considerar la influencia de la autoeficacia en el tratamiento y en la evolución del alcohólico. Para ello, comienzan por definir la autoeficacia en dejar de beber y sus posibles influencias. Definen la *autoeficacia* como la creencia que tiene el alcohólico de ser capaz de resistir la tentación de beber en una variedad de situaciones personales y sociales que incitan al consumo de alcohol. Como veremos más adelante, a estas situaciones se las suele llamar "situaciones de alto riesgo". Y a modo de hipótesis establecen que la autoeficacia condiciona el tipo de conducta que se adopta ante el problema de la adicción y las situaciones que incitan a beber, el esfuerzo invertido y la constancia. Esta expectativa y el afrontamiento, se supone, determinarán en cierta medida el resultado del tratamiento.

El gráfico 24 de la página siguiente muestra los efectos de la expectativa de autoeficacia en la conducta de afrontamiento del alcohólico y en el resultado de su tratamiento.

En dicho gráfico, se propone que cuanto mayor sea la autoeficacia percibida por el alcohólico, más activo se mostrará en su tratamiento y mayor será su esfuerzo y persistencia en superar la adicción; por consiguiente, mayores probabilidades de que se mantenga en abstinencia. Por el contrario, se propone que cuanto menor sea la confianza del alcohólico en resistir la tentación de beber, se mostrará más pasivo, dedicará menos esfuerzo a su objetivo de dejar de beber y será menos persistente en su "lucha" contra el alcoholismo; consecuentemente, la probabilidad de que tenga una o varias recaídas aumentará.



(Gráfico 24. Efectos de la autoeficacia en la conducta de afrontamiento y en el resultado del tratamiento).

Annis y Davis (1988a), dos de los representantes más importantes de la investigación de la autoeficacia en el alcoholismo, señalan, en apoyo de esta propuesta, lo siguiente:

*"... un elemento crítico en el tratamiento es el desarrollo de un fuerte sentido de capacidad o confianza personal, por parte del cliente, en ser capaz de afrontar las situaciones que le incitan a beber. Es más, la teoría de la autoeficacia predice que en el caso de que el cliente tomara una bebida, la conducta de ingerir alcohol en sí misma, no conduciría necesariamente a una recaída total. El resultado dependería del significado que el hecho de tomar una bebida tuviera para el cliente, de las estrategias de afrontamiento y de la persistencia con que el cliente ejecutara su conducta de afrontamiento, lo cual, a su vez, estaría determinado por la fuerza de las expectativas de eficacia del cliente" (Annis & Davis, 1988a, p. 90).*

Como se puede observar, las influencias que se supone que tienen esta expectativa de autoeficacia y la expectativa de lugar de control son prácticamente

idénticas: influir en la forma de afrontar el problema. Sin embargo, existe entre ellas una pequeña diferencia relativa a la evaluación y medida, diferencia que, posiblemente, sea la responsable de que la expectativa de autoeficacia esté atrayendo actualmente casi toda la atención de los investigadores.

Como hemos visto en el apartado del lugar de control, esta expectativa se refiere al grado en que una persona cree que el dejar de beber está bajo su control o bajo el control de factores externos. Fundamentalmente, lo que importa con esta expectativa es saber si el control es interno o es externo. En cambio, con la expectativa de autoeficacia, y siguiendo las recomendaciones de Bandura (1977, 1984), lo que interesa conocer es si el alcohólico es capaz de resistir la tentación de beber en *aquellas situaciones susceptibles de provocarle dicha tentación*. Es decir, la evaluación correcta de la autoeficacia no incluye sólo el saber si es capaz o no de dejar de beber, sino si es capaz de hacerlo en todas las situaciones pertinentes (Annis, 1982, 1984; DiClemente, Gordon & Gibertini, 1983; Ross et al., 1989). Un ejemplo de esta evaluación lo forman los siguientes ítems: "En qué medida eres capaz de resistir las ganas de beber cuando te encuentras nervioso:", "... cuando tienes problemas en el trabajo", "... cuando te invitan a tomar un trago", "... cuando piensas que un sólo trago no te va hacer daño", etc.?

Como veremos más adelante, el conocimiento de la autoeficacia del alcohólico en diferentes situaciones tiene implicaciones para el diseño de estrategias de tratamiento.

### 3.2. ESTUDIOS REALIZADOS

Se han llevado a cabo diversos estudios con el fin de comprobar las influencias que se atribuyen a la autoeficacia en la rehabilitación del alcohólico. La pregunta a la que se intenta responder en estos estudios es la siguiente: ¿influye el poseer una autoeficacia mayor o menor en el resultado del tratamiento del alcohólico?, o, dicho de otro modo, ¿discrimina la autoeficacia a abstinentes y reincidentes?

En general, los estudios reflejan que una percepción alta de autoeficacia se encuentra asociada con buenos resultados al finalizar el tratamiento y conforme va transcurriendo el tiempo. A continuación, presentamos de forma más detallada los resultados de estos trabajos, que han sido agrupados en tres categorías:

a) Algunos estudios han comprobado que la autoeficacia aumenta a medida que transcurre el tratamiento (Annis & Davis, 1988b; Burling et al., 1989; Solomon & Annis, 1990). Es decir, parece que los alcohólicos sometidos a programas de tratamiento van ejerciendo un mayor control sobre su conducta de beber y las situaciones que les incitan conforme van terminando las sesiones.

b) Otros estudios han reflejado que la autoeficacia diferencia a los alcohólicos en función del tiempo de abstinencia (Miller et al., 1988; Ross et al., 1989). Según los autores, la confianza para hacer frente a la tentación de beber es superior en los sujetos abstinentes que llevan períodos de abstinencia largos que en los alcohólicos que llevan períodos de abstinencia cortos.

c) Finalmente, existen estudios de seguimiento que apoyan el papel predictivo de la autoeficacia a la hora de discriminar entre los abstinentes y los que reinciden en un plazo de 6 y 12 meses. Estos estudios reflejan que los abstinentes, o los que realizan menores consumos de bebida, se caracterizan por expectativas de autoeficacia superiores a las de los alcohólicos que recaen (Annis & Davis, 1989b; Burling et al., 1989; Carver & Dunham, 1991; Litman et al., 1984; Rist & Watzl, 1983; Sheehan, 1989; Sithartahan & Kavanagh, 1990; Solomon & Annis, 1990).

Si bien ésta es la tendencia general encontrada en la mayoría de los estudios realizados, existen en la literatura otras investigaciones que no han encontrado diferencias significativas en autoeficacia entre los sujetos abstinentes y los que recaen al cabo de ciertos meses de terminado el tratamiento (Annis & Peachey, 1992; García et al, 1991; Mayer & Koeningsmark, 1991). Es decir, tanto unos sujetos como otros afirmaban tener

las mismas creencias de confianza en su capacidad para controlar y resistir la tentación de beber.

Es interesante la observación hecha por Burling y colaboradores (1989) a propósito de la importancia de mantener una autoeficacia alta como requisito para conseguir la rehabilitación del alcohólico. Estos autores, aun a favor de desarrollar esta creencia, previenen de las expectativas de autoeficacia altas al inicio del tratamiento. Según su estudio, los alcohólicos que se caracterizaron por una autoeficacia baja o intermedia al principio de las sesiones obtuvieron mejores resultados que los que decían estar muy seguros de su capacidad de control: concretamente, experimentaron un aumento considerable de la expectativa a medida que fue transcurriendo el tratamiento, permanecieron en él más tiempo y mantuvieron su abstinencia al finalizar el tratamiento. A este respecto, Burling y sus colaboradores proponen:

*"... la autoeficacia alta al inicio del tratamiento puede reflejar una subestimación de la dificultad de la tarea y una menor disposición a dedicar esfuerzo y adquirir las habilidades necesarias para afrontar con éxito su problema de conducta" (Burling et al., 1989, p. 359).*

Esta observación coincide con algunos resultados de los estudios llevados a cabo con la expectativa de lugar de control (Abbot, 1984; Annis & Peachey, 1992; Rohsenow & O'Leary, 1978), en los que también se ponía de manifiesto la importancia de una percepción de control realista, en especial durante las primeras fases del tratamiento, de cara a adoptar las medidas más prudentes que favorezcan el mantenimiento de la abstinencia.

La relación encontrada por lo general entre las expectativas de autoeficacia y el mantenimiento de la abstinencia es una de las razones por las que esta variable está atrayendo la atención de los investigadores. Otra razón importante son las implicaciones que se pueden derivar de esta expectativa en la planificación de programas terapéuticos.

### 3.3. IMPLICACIONES DE LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO

Una de las ventajas que parece tener la expectativa de autoeficacia, a diferencia de la expectativa vista en el apartado anterior, es que se pueden derivar de ella ciertas implicaciones para el diseño de programas de tratamiento y prevención de recaída (Annis & Davis, 1988a, 1988b; Marlatt 1985a, 1985b). De acuerdo con Bandura (1977), cualquier procedimiento terapéutico es efectivo sólo en la medida en que desarrolle las expectativas de eficacia del cliente, o dicho de otro modo, su confianza para afrontar adecuadamente las distintas realidades. Las expectativas de eficacia se presentan, por tanto, como el mecanismo cognitivo *mediador* del cambio de conducta, en nuestro caso dejar de beber y mantenerse en abstinencia. Rollnick y Heather (1982) recogen esta idea cuando se refieren a la rehabilitación del alcohólico:

*"... el tratamiento tendrá éxito en la medida en que el alcohólico desarrolle un sentido de dominio, de autoeficacia, en mantener la abstinencia de por vida..." (Rollnick & Heather, 1982, p.246).*

Ahora bien, si para afrontar con éxito el problema de adicción es necesario poseer la expectativa de que uno es capaz de resistir la tentación de beber, ¿qué es lo que favorece un aumento de esta expectativa?

Según Bandura (1977, 1987), los procedimientos basados en la propia experiencia y práctica personal son los más idóneos para producir el desarrollo de la autoeficacia. Aunque hay otros métodos disponibles para aumentar la confianza en uno mismo, como son la observación de otros y la persuasión verbal, ninguno es tan eficaz como la experiencia personal del éxito. Como dicen Rollnick y Heather (1982),

*"...los tratamientos basados en la ejecución como el modelado participante tienen más probabilidad de aumentar la autoeficacia que aquellos en los que la persona no tiene experiencia o práctica en manejarse con su problema de conducta, como ocurre en el caso de las técnicas terapéuticas basadas en la palabra (en la persuasión)" (Rollnick & Heather, 1982, p. 246).*

Es decir, si las expectativas de autoeficacia son el mecanismo cognitivo mediador del cambio de conducta (esto es, resistir la tentación), las experiencias de éxito del alcohólico constituyen el procedimiento más poderoso para fortalecer la autoeficacia. Por tanto, se hace necesario que el alcohólico se enfrente con las distintas situaciones de la vida (acontecimientos, conflictos, estados de ánimo negativos, etc.) sin recurrir a la bebida.

En el capítulo 5 hemos descrito las estrategias terapéuticas desarrolladas por el modelo cognitivo-conductual, cuyo objetivo es enseñar al alcohólico a superar con éxito las situaciones que le incitan a beber, a que experimente personalmente su capacidad de hacer frente a los deseos. Como se recordará, entre estas estrategias destacan:

- La identificación de las situaciones conflictivas.
- El desarrollo de respuestas alternativas a la bebida para afrontar las distintas situaciones que incitan a beber.
- La interpretación cognitiva adecuada de los resultados.

El concepto de la autoeficacia, tal y como es entendido, permite la realización de la primera estrategia: la identificación de *situaciones de alto riesgo*<sup>16</sup>, término acuñado por Marlatt y Gordon (1980) para referirse a aquellas situaciones que ponen en peligro la abstinencia a la que se ha comprometido un alcohólico. Son situaciones, que por estar asociadas al consumo anterior de alcohol, incitan a beber y amenazan la percepción de control del alcohólico.

La autoeficacia permite la identificación de situaciones de riesgo, personales y sociales, porque, como se recordará, su evaluación se realiza preguntando al alcohólico por su capacidad para resistir la tentación de beber precisamente en situaciones de riesgo:

---

<sup>16</sup>Las situaciones de riesgo fueron identificadas a través del registro y clasificación de 311 episodios de recaída. La muestra utilizada estaba compuesta por pacientes alcohólicos, heroinómanos, fumadores, ludópatas y mujeres que deseaban perder peso (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Marlatt & Gordon, 1980). La clasificación dió 8 categorías de situaciones que se agrupan, a un nivel superior, en dos: 1) situaciones intrapersonales: estados de ánimo negativos, estados fisiológicos desagradables, estados de ánimo positivos, prueba del control personal y tentaciones y deseos; 2) situaciones interpersonales: conflictos interpersonales, presión social y estados de ánimo positivos. Investigaciones sucesivas han puesto de manifiesto la importancia de los antecedentes situacionales como un factor de precipitación de la recaída (Marlatt, 1985c; Tucker, Vuchinich & Gadsjo, 1991; Tucker, Vuchinich & Harris, 1985).

cuando se encuentra nervioso, cuando tiene problemas en el trabajo, cuando le invitan a tomar un trago, cuando piensa que un sólo trago no le va a hacer daño, etc. El objetivo de esta evaluación es detectar las circunstancias donde el alcohólico va a experimentar mayor dificultad.

Annis y Davis (1988a, 1988b, 1989a, 1989b) sugieren que la información que ofrece la evaluación de la autoeficacia es valiosa para el diseño de tratamiento, porque permite:

- Elaborar un perfil individual que refleje las situaciones donde el alcohólico tiene más problemas para resistir la tentación de beber. Este conocimiento es útil tanto para el terapeuta como para el alcohólico ya que permite objetivar, concretar, dónde y cuándo existe el riesgo de recaída.

- Desarrollar una jerarquía de situaciones empezando con las que entrañan menos riesgo hasta incluir progresivamente las situaciones más problemáticas. En base a esta jerarquía, se anima al paciente a ir afrontando poco a poco las situaciones de menor a mayor riesgo para que pueda experimentar éxitos y se convenza de que puede estar sin beber.

- Finalmente, la evaluación repetida de la autoeficacia permite evaluar los progresos de cada alcohólico a lo largo del tratamiento y, especialmente, al finalizar éste. El objetivo de estas evaluaciones sucesivas es detectar posibles deficiencias, o inseguridades, ante ciertas situaciones y compensarlas antes de que el paciente sea dado de alta.

En este sentido, algunas investigaciones han señalado la utilidad de la autoeficacia en predecir no solamente la evolución y el resultado del alcohólico al finalizar el tratamiento, sino también las situaciones donde existe una mayor probabilidad de recaídas. Según estos estudios, existe una cierta relación entre las situaciones calificadas como de riesgo por los alcohólicos y las situaciones en las que posteriormente recaen

(Annis & Davis, 1988b; Condiotte & Lichtenstein, 1981; Rist & Watzl, 1983).

Para terminar este apartado podemos decir que las expectativas de autoeficacia pueden ser importantes en el tratamiento del alcohólico a) como instrumento que permite identificar las situaciones de alto riesgo, b) como indicador de la evolución del alcohólico y c) como recurso que hay que desarrollar para que el alcohólico afronte seriamente su problema. La confianza en las propias capacidades se asocia con un afrontamiento eficaz, con un mayor esfuerzo y constancia en las dificultades, y, por tanto, con un mejor resultado en el tratamiento. Si el alcohólico dispone de la confianza para resistir la tentación de beber, esto es, si cree que está bajo su control, él es, en cierta manera, responsable de su recuperación y de sus recaídas.

Ahora bien, la identificación de situaciones y el desarrollo de expectativas son sólo un método propuesto para facilitar el mantenimiento de la abstinencia. Como se recordará, para desarrollar estas expectativas es necesario que el sujeto sepa afrontar las situaciones sin bebida y que atribuya adecuadamente el éxito y el fracaso en sus intentos de dejar de beber. El afrontamiento y las atribuciones causales son variables que desarrollaremos en los capítulos siguientes.

*En síntesis*, las investigaciones realizadas apoyan en general el desarrollo de expectativas de control sobre la adicción. Las expectativas de control son creencias que el alcohólico se forma sobre sus capacidades para dejar de beber. Hay dos tipos de expectativas: las de lugar de control sobre el refuerzo y las de autoeficacia. Las primeras se refieren al grado en que el alcohólico cree que dejar de beber es contingente con sus esfuerzos o, por el contrario, depende de factores externo, como la suerte o el destino. La autoeficacia, en cambio, se refiere a la confianza del alcohólico en sus capacidades para resistir la tentación de beber cuando se encuentra en toda una serie de situaciones de alto riesgo (estados de ánimo negativo, problemas familiares, presión social...).

A pesar de estas diferencias, las dos clases de expectativas comparten un aspecto: se refieren a la percepción de control sobre el dejar de beber e influyen, en cierta medida, en la determinación con que un alcohólico afronta su problema. Y se espera que también influyan positivamente en su rehabilitación.

Como dice Marlatt (1985b), "la probabilidad de la recaída en una situación de alto riesgo disminuye considerablemente cuando el individuo abriga un nivel de autoeficacia alto en llevar a cabo una conducta de afrontamiento" (p. 133). Siguiendo las sugerencias de Marlatt (1985b), diremos que si bien es cierto que la creencia de control es un recurso personal que funciona como un factor protector frente a la recaída, también puede ser un obstáculo si lleva al alcohólico a confiarse en exceso y descuidar su tratamiento.

Teniendo en cuenta el doble efecto que pueden tener las creencias de control y otros factores en el proceso de rehabilitación del alcohólico, la importancia de las expectativas de control reside principalmente en su carácter motivador. Como dice Bandura (1977, 1989), la persona que no se siente competente, no es competente. De la misma manera si un alcohólico cree que su adicción y recaídas son inevitables su esfuerzo por resistirlas serán menores.

**CAPÍTULO VII: LAS  
ATRIBUCIONES CAUSALES EN  
LA REHABILITACIÓN DEL  
ALCOHÓLICO**

Las atribuciones causales son la segunda variable del enfoque cognitivo-conductual que vamos a revisar en este trabajo y que ha sido propuesta como uno de los factores que parecen influir en el proceso de rehabilitación del alcohólico. Como se recordará, esta variable, junto con las expectativas de control, constituye lo que hemos denominado "percepción de control".

El objetivo de este capítulo es doble: por un lado, conocer lo que son las atribuciones y las implicaciones que tienen en la temática que nos ocupa; por otro lado, establecer la relación entre las atribuciones causales y las expectativas de control. Las expectativas de control han sido muy estudiadas y debatidas en el campo del alcoholismo, pero poco se sabe del porqué de estas expectativas, cuál es la causa de que se tengan o no expectativas futuras de control. Para contestar a esta pregunta es necesario recurrir al enfoque atribucional y a su objeto de estudio: las atribuciones causales. Como a continuación veremos, el estudio de las atribuciones nos va a permitir entender, en cierta medida, las expectativas que el alcohólico se forja con respecto a su recuperación.

## 1. INTRODUCCIÓN

El enfoque atribucional se está reconociendo en nuestros días como un marco teórico con importantes aplicaciones en el tratamiento y la rehabilitación del alcohólico. Aunque todavía se encuentra en sus comienzos, este enfoque empieza a atraer cada vez más la atención de los especialistas en este trastorno debido a sus implicaciones y a los resultados que con él se están obteniendo en diversos campos.

Antes de pasar a ver la importancia de las atribuciones en el alcoholismo, es necesario conocer qué es el enfoque atribucional y, concretamente, la teoría de Weiner. Debido a que este enfoque y teoría han sido revisados en el capítulo 3, nos vamos a limitar en este capítulo a señalar sus rasgos centrales.

El enfoque atribucional tiene como objeto de estudio las atribuciones causales, que no son otra cosa que la explicación que se da a un hecho. Las personas, ante ciertos acontecimientos que ocurren en sus vidas, se preguntan "por qué" y tratan de buscar respuestas, causas. Esta percepción de lo que ha causado un acontecimiento es lo que se conoce como atribución.

La premisa básica del enfoque atribucional, y por la que ha despertado el interés en áreas muy diversas de investigación, es la hipótesis de que las explicaciones causales que da una persona a un acontecimiento influyen en sus expectativas de éxito, en sus reacciones emocionales y, como resultado, en su modo de proceder. Consideremos un ejemplo: el caso de un estudiante que suspende los exámenes, bien por falta de inteligencia, bien por falta de esfuerzo. La atribución del suspenso a una u otra causa determinará de forma diferente las expectativas, las reacciones emocionales y la conducta del estudiante:

- Si el estudiante atribuye su suspenso a una falta de capacidad, su reacción emocional probablemente será de tristeza y de abatimiento, y sus expectativas de aprobar en un futuro disminuirán. Es posible que se diga a sí mismo "no soy inteligente", "nunca podré aprobar, ¿para qué esforzarme?", y que este tipo de pensamientos dificulten que en un futuro estudie y que se esfuerce.

- Por el contrario, si cree que ha suspendido porque no dedicó el tiempo suficiente a estudiar, su reacción emocional será de enfado para consigo mismo o de vergüenza, pero tendrá expectativas de aprobar en la siguiente convocatoria. Los mensajes serán muy distintos a los del caso anterior: "he sido un vago", "me lo tengo merecido", o "la próxima vez estudiaré con más antelación y de forma más intensa". Estos pensamientos mantienen las expectativas de éxito y favorecen que estudie con más intensidad la próxima vez.

Estas influencias de la atribución en otras creencias (como las expectativas), en la emoción y en la conducta atrajeron y atraen hoy en día la atención de muchos investigadores de diversas áreas (educación, salud, deporte, clínica...), y de una forma

incipiente han empezado a atraer a investigadores del alcoholismo. Concretamente, en las investigaciones llevadas a cabo en el campo del alcoholismo lo que se plantea es si la forma en que los alcohólicos interpretan los sucesos que les ocurren en sus vidas afectará a sus expectativas, a sus emociones, a su forma de comportarse y, por lo tanto, a su recuperación. Es decir, es el mismo planteamiento atribucional de fondo pero aplicado a la problemática del alcohólico.

La **pregunta** central, y que ha originado los estudios existentes que veremos a continuación, puede formularse en los siguientes términos: ¿se diferencian los alcohólicos abstinentes de los alcohólicos reincidentes en las atribuciones causales que hacen de sus problemas, de sus éxitos, de sus recaídas? Esta es la pregunta que queremos responder en este capítulo.

## 2. REVISIÓN DE ESTUDIOS

Existen en la literatura diversos trabajos que estudian si los alcohólicos que se rehabilitan se diferencian de los alcohólicos que recaen en las atribuciones causales que hacen de sus éxitos y fracasos. Como vamos a ver, estos trabajos se diferencian entre sí en función de su objeto y enfoque de estudio, por lo que hemos considerado más conveniente agruparlos por separado en 4 categorías.

Nuestro interés se va a limitar a la última categoría porque es la única que se centra de manera específica en la recuperación del alcohólico y lo hace adoptando el modelo atribucional de Weiner <sup>17</sup>. El resto de los estudios o bien no se centran

---

<sup>17</sup> Como hemos señalado en el capítulo 3, el modelo atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979, 1985a, 1985b, 1986) es una de las teorías que se integran en el enfoque atribucional. Nos hemos centrado en este modelo para estudiar el proceso de rehabilitación del alcohólico por dos razones: 1) esta teoría permite conocer a qué atribuye una persona tanto los éxitos que obtiene en su vida como los fracasos; en nuestro caso, los éxitos y fracasos en los que estamos interesados son la abstinencia y las recaídas. 2) Weiner y colaboradores demuestran a través de sus investigaciones las relaciones que hay entre las atribuciones y las expectativas, y, como se recordará, las expectativas de control constituyen otra de las variables objeto de nuestro estudio.

específicamente en la recuperación del alcohólico o bien no adoptan un enfoque atribucional, pero merecen una consideración porque han contribuido de una u otra manera a que se reconozca el papel de las atribuciones causales en el tratamiento del alcohólico.

*La primera categoría* la forman los trabajos cuyo objeto de estudio son las explicaciones que dan los alcohólicos a los sucesos que les ocurren en sus vidas cotidianas: situaciones y problemas familiares, laborales, sociales, etc. (Dowl, Lawson & Petosa, 1986; Echeburúa & Elizondo, 1988; Eiser, 1982; Frieze & McHugh, 1977; McHugh, Beckman & Frieze, 1979; Reich & Gutierrez, 1987; Wright, 1984). Es decir, no se centran específicamente en las atribuciones que hace el alcohólico de su recuperación.

La hipótesis de estos estudios es que las explicaciones causales que dan los alcohólicos a los sucesos cotidianos (perder el puesto de trabajo, discusiones, conseguir un aumento del sueldo o una promoción profesional, etc.) condicionan su recuperación, bien facilitándola, bien dificultándola. Y los resultados que obtienen confirman parcialmente dicha hipótesis al reflejar que los abstinentes tendían a explicar los sucesos de manera más positiva u optimista que los alcohólicos que recaían.

A la luz de estos resultados, los autores sugieren que variando o interviniendo sobre estos pensamientos o interpretaciones se puede aumentar la probabilidad de que un alcohólico deje la bebida. En este sentido, McHugh, Beckman & Frieze (1979) proponen que:

*"...el tratamiento del alcoholismo podría incluir el entrenamiento de los alcohólicos en hacer atribuciones saludables de sus éxitos y fracasos. Nuestra propuesta es que las atribuciones de los alcohólicos, particularmente las relativas a los éxitos y fracasos, pueden inhibir o facilitar el logro de la abstinencia..." (McHugh, Beckman & Frieze, 1979, p. 170).*

*La segunda categoría* está constituida por una serie de estudios que tienen como objetivo conocer las causas del alcoholismo (Bauman, Ovin & Reich, 1982; Beckman, 1979; Brickman et al., 1982; Corenblum, 1991; McHugh, Beckman & Frieze, 1979; McKay et al., 1989; Sjoberg, Samsonowitz & Jansson, 1987; Vuchinich et al., 1982,

1981). Estos trabajos no se centran tampoco en la recuperación misma del alcohólico, sino en saber si, en opinión de la gente y de los propios afectados, el alcoholismo se debe a causas internas (debidas al propio alcohólico) o externas (debidas al ambiente). Siguiendo a Brickman (1982), estos estudios responderían a la pregunta siguiente: "¿en qué medida se le considera al alcohólico responsable de su problema de alcohol?".

Algunos de estos estudios han observado una cierta asociación entre las causas a las que el alcohólico atribuye su problema y su evolución en el tratamiento: parece que a medida que avanza el tratamiento, el alcohólico se hace más responsable y se atribuye a sí mismo las causas de su problema de adicción (Bauman, Ovin & Reich, 1982; Coremblum, 1991; McKay et al., 1989).

En la *tercera categoría* se encuentran las investigaciones que tienen como objetivo identificar las causas o los factores que se encuentran asociados a la abstinencia y a la recaída. Como ya hemos señalado en el capítulo 5, las causas o factores más comúnmente asociados a la abstinencia/recaída son de diversos tipos: biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y relacionados con el tratamiento; por esta razón no nos vamos a detener en este apartado a detallar los distintos factores.

El interés que han despertado estos estudios es doble: permiten, por un lado, conocer mejor el proceso de rehabilitación, y, por otro, desarrollar estrategias terapéuticas que ayuden a la prevención de la recaída. Esta idea se refleja en la siguiente cita de Wilson (1992b):

*"Se espera que el estudio de los predictores y precipitantes de la recaída conduzca a un mejor conocimiento del proceso de recaída y al desarrollo de intervenciones con una eficacia a largo plazo superior, con todo el beneficio que esto tiene para el individuo y la sociedad" (Wilson, 1992, p.4).*

A pesar del interés que tienen estas investigaciones, el estudio de la causalidad no se agota ahí, es decir, en la identificación de causas o factores. Como dice Edwards y colaboradores (1987), experto en el campo de la medicina, en relación a la rehabilitación del alcohólico, "es necesario ir más allá de una lista de factores específicos y analizar la estructura multidimensional de la causalidad" (p. 534).

Este objetivo lo cumple el enfoque atribucional. Para este enfoque, lo importante no son las causas en sí mismas, sino la interpretación que cada alcohólico hace de las causas que favorecen el mantenimiento de la abstinencia o la aparición de las recaídas. Y estudiar la interpretación de las causas es estudiar su *estructura*, sus *dimensiones*, y analizar las consecuencias de unas u otras causas en las emociones, las expectativas y la conducta.

La *cuarta categoría* la forma el estudio que hace Marlatt (1978, 1985b, 1985d) del proceso de recaída y que constituye el primer intento de aplicar un enfoque atribucional, concretamente el de Weiner (1972, 1974, 1979, 1985a, 1985b, 1986), al campo de la rehabilitación del alcohólico. Como veremos en el próximo apartado, el objeto de estudio de Marlatt son las causas a las que el alcohólico atribuye un "desliz" y que influirán, según el autor, en que este consumo desemboque o no en una recaída.

Después de describir el análisis del proceso de recaída formulado por Marlatt, presentamos una aplicación más detallada del modelo de Weiner al proceso de rehabilitación completo, es decir, atendiendo tanto a los éxitos como a los fracasos en dejar de beber. Nuestro objetivo es proponer que las atribuciones que hacen los alcohólicos, no sólo de la recaída, sino también de sus éxitos en dejar de beber, condicionan sus expectativas de control y la forma con que afrontan su problema (activa o pasiva).

En resumen, las investigaciones que se han llevado a cabo para estudiar la "causalidad" en el campo del alcoholismo pueden agruparse en cuatro líneas: las que analizan las causas a las que los alcohólicos atribuyen los sucesos que ocurren en su vida cotidiana, las que se centran en las causas de la etiología del alcoholismo, las que estudian los factores asociados a la reincidencia y abstinencia y, finalmente, las que aplican el enfoque atribucional al estudio de la recaída.

### 3. EL ANÁLISIS ATRIBUCIONAL DEL PROCESO DE RECAÍDA SEGÚN MARLATT

Marlatt y sus colaboradores (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Marlatt, 1978, 1985b, 1985d; Marlatt & Gordon, 1980) son los primeros investigadores del campo de las adicciones que utilizan los principios atribucionales para explicar el proceso de la recaída, concretamente, por qué un primer consumo de alcohol conduce a un consumo excesivo e incontrolado.

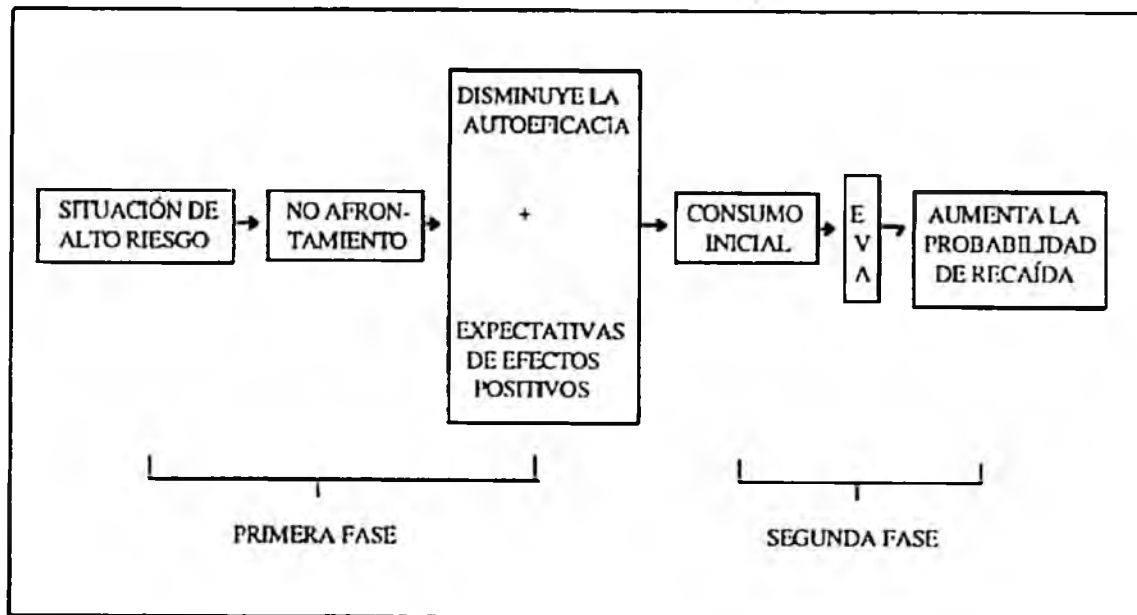
Tomando como punto de partida el modelo atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979, 1985a, 1985b, 1986), estos autores proponen que la explicación o interpretación que hace un alcohólico de este primer consumo influirá, en cierta medida, en la probabilidad de recaída. Es decir, no será el consumo en sí mismo lo que conduzca al alcohólico a una pérdida de control, sino la atribución que haga de ese consumo.

Las atribuciones causales, como se recordará, son una de las piezas del modelo cognitivo-conductual que propone Marlatt (Marlatt, 1978, 1985b, 1985d; Marlatt & Gordon, 1980) para explicar el proceso de recaída, y que hemos descrito en el capítulo 5. Según este modelo, la recaída es el resultado de la interacción de tres factores:

- Las situaciones de alto riesgo.
- Las conductas de afrontamiento del alcohólico.
- Sus cogniciones.

Las *situaciones de alto riesgo*, como hemos visto en el capítulo 6, amenazan la percepción de control que tiene un alcohólico sobre su adicción porque le incitan a beber (por ejemplo, cuando está con un grupo de amigos que le presionan para que beba, cuando está preocupado o nervioso, etc.). El éxito en superar esta amenaza dependerá, por un lado, de cómo el alcohólico *afronte* dichas situaciones (capítulo 8) y, por otro, de su seguridad en afrontarlas sin recurrir a la bebida, esto es, de sus *expectativas de autoeficacia* (capítulo 6).

Si el alcohólico es capaz de afrontar adecuadamente la situación de riesgo (se afirma en su decisión, dice que no, recuerda los efectos negativos del alcohol, etc.) y confía en sus capacidades para hacerlo, la probabilidad de la recaída disminuye. Sin embargo, si el alcohólico no afronta correctamente la situación, puede desencadenarse la siguiente cadena de acontecimientos (véase el gráfico 25): la autoeficacia disminuye, las expectativas de los efectos positivos del alcohol aumentan, el alcohólico "sucumbe" a un primer consumo, experimenta lo que se conoce como "EVA" y se ve envuelto en un consumo excesivo e incontrolado.



(Gráfico 25. Proceso de recaída. Adaptado de Marlatt, 1985d).

El EVA o "efecto de violación de la abstinencia", responsable del consumo incontrolado, ocurre en la segunda fase del proceso de recaída. Como puede observarse en el gráfico 25, Marlatt (1985d) describe el proceso de la recaída en función de dos fases para expresar, en contra del modelo biomédico de enfermedad, que un primer consumo de alcohol no conduce de forma inevitable a un consumo excesivo e incontrolado. Estas fases son las siguientes:

1. Una primera, en la que tiene lugar el consumo inicial o desliz ("*lapse*"), que es el resultado de: afrontar de forma equivocada la situación que incita a beber, de una disminución de la confianza en las propias capacidades para resistir la tentación y de una anticipación positiva de los efectos del alcohol.

Un ejemplo de esta primera fase lo constituiría la situación en la que el alcohólico es animado a beber por el grupo de amigos y para la que no dispone de una respuesta firme que rechace esa invitación. En estas circunstancias, el sujeto experimenta dificultades para resistir la tentación (baja autoeficacia), anticipa los efectos positivos del alcohol ("me divertiré más", "estaré a tono como ellos") y hace un primer consumo.

2. Una segunda fase, cuando tiene lugar la recaída propiamente dicha y la pérdida de control, y que es el resultado de lo que el autor ha denominado "efecto de violación de la abstinencia" (EVA). Siguiendo con el ejemplo anterior, el alcohólico tras un primer consumo, y como consecuencia del "efecto de violación de la abstinencia", no se detiene y continúa bebiendo hasta intoxicarse.

El "efecto de violación de la abstinencia" se define como la reacción cognitivo-emocional del alcohólico ante la ruptura del compromiso de la abstinencia que se había autoimpuesto. Según Marlatt (1978, 1985b, 1985d), esta reacción psicológica ocurre solamente cuando la persona se ha comprometido a mantener la abstinencia y consume la sustancia (en palabras del autor, sufre una "caída o desliz"), y explica, más que el primer consumo, la pérdida subsiguiente al mismo.

Esta reacción o efecto de violación de la abstinencia se caracteriza por dos componentes, y es aquí cuando Marlatt (1978, 1985b, 1985d) recurre al modelo atribucional de Weiner. Estos dos componentes son:

- Un efecto de disonancia cognitiva.
- Un efecto de atribución personal.

Respecto al *efecto de disonancia cognitiva* (Festinger, 1957), éste se explica de la siguiente manera: la ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición del alcohólico como persona abstinentes, y provoca un estado emocional negativo de culpa. Es decir, el alcohólico que se encuentra en proceso de recuperación espera no beber. Si por cualquier razón cede a la tentación de tomar una copa, este hecho entra en contradicción con lo que él se había propuesto. Como consecuencia de este fracaso, el alcohólico experimenta malestar y culpa. La disonancia y la culpa pueden ser reducidas de dos maneras:

- Por la repetición de la conducta adictiva. Se continúa bebiendo a modo de escape, dado que el alcohol tiene efectos ansiolíticos y sirve para afrontar estados de ánimo negativos ("una copa me tranquilizará", "necesito olvidar").
- Por una reestructuración cognitiva de la autoimagen en consonancia con la recaída ("soy un alcohólico, luego bebo"). Se trata de buscar justificaciones que sean coherentes o que expliquen este desliz.

Junto a la disonancia cognitiva, se da el *efecto de atribución personal*, según el cual el alcohólico atribuye la ocurrencia de la conducta adictiva a una causa interna, estable e incontrolable ("soy un enfermo y nunca dejaré de serlo", "no tengo fuerza de voluntad").

De acuerdo con el modelo atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979), en el que Marlatt se basa para formular este efecto, las causas se caracterizan por tres dimensiones: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y controlabilidad-incontrolabilidad. Estas dimensiones hacen que unas causas sean más favorables que otras. Por ejemplo, atribuir el suspenso de un examen a una falta de esfuerzo (causa inestable, controlable) es más favorable para la autoestima y expectativas futuras que atribuirlo a la poca inteligencia (causa interna, estable e incontrolable).

En el caso del primer consumo de alcohol ocurre lo mismo. La reacción emocional y las expectativas serán más positivas o más negativas según las causas a las que se atribuya dicho consumo. Según Marlatt (1985b), si el alcohólico atribuye el

"desliz" a causas internas, estables, globales<sup>18</sup> e incontrolables experimentará reacciones emocionales negativas y expectativas de poca autoeficacia. Como ejemplos de estas causas, el autor cita la "falta de fuerza de voluntad" y "los síntomas de la enfermedad". Estas causas cumplen todas las condiciones para que la atribución sea negativa: son internas, esto es, ocurren dentro del sujeto; son estables, es decir, no varían en el tiempo sino que son permanentes; son globales, porque aparecen siempre y en todas las situaciones; y son incontrolables, porque está más allá del control del alcohólico el dominarlas.

El resultado de esta atribución son los sentimientos de culpa y las expectativas de fracaso, lo que aumenta en el alcohólico la percepción de falta de control y la probabilidad de recaída. Como dice Marlatt (1985b), "la percepción de falta de control es el rasgo central del concepto 'efecto de violación de la abstinencia' (p.181)".

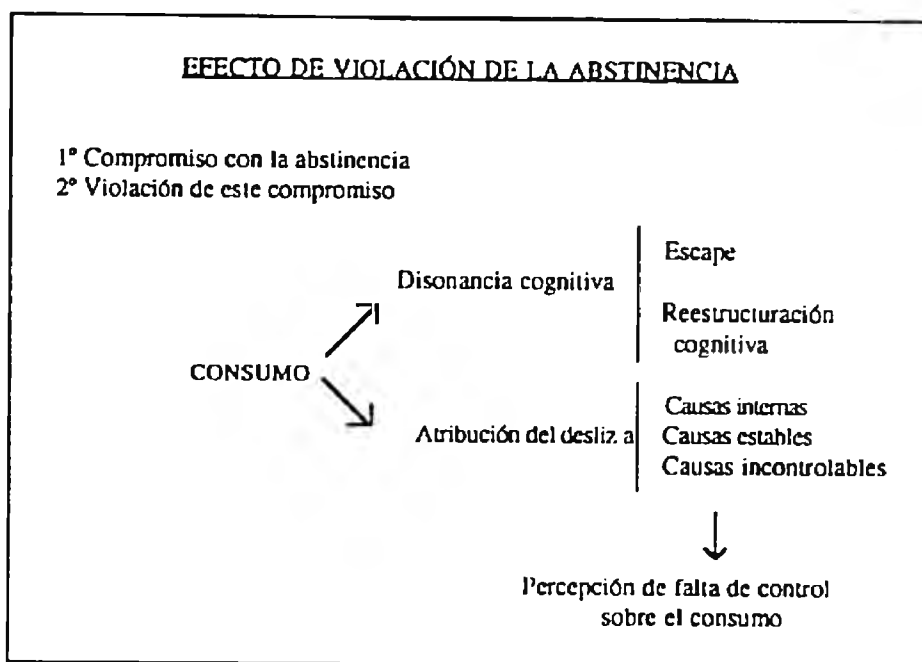
Por el contrario, si el alcohólico atribuye el desliz a causas controlables e inestables la probabilidad de la recaída disminuye. Marlatt cita como ejemplo de esta causa "no haber afrontado bien una situación concreta". Este tipo de causas es inestable y controlable por el sujeto, es decir, está en sus manos el aprender a afrontar una situación de ese tipo sin recurrir a la bebida. Esta clase de causas disminuye la intensidad del "efecto de violación de la abstinencia" y mantiene la confianza en las capacidades personales (o autoeficacia).

Lo interesante de este análisis atribucional de la recaída es que un mismo hecho objetivo (el primer consumo) puede ser interpretado de manera distinta por diferentes alcohólicos y desembocar en dos resultados distintos (detención del consumo o recaída), lo cual viene a demostrar que los pensamientos (concretamente, las atribuciones causales) influyen en el tratamiento y rehabilitación del alcohólico.

A continuación, presentamos un gráfico-resumen de los componentes que caracterizan al efecto de violación de la abstinencia:

---

<sup>18</sup> Marlatt (1978) formuló el "efecto de violación de la abstinencia" basándose principalmente en el modelo de Weiner y en sus tres dimensiones: internalidad, estabilidad y controlabilidad. Pero junto a estas dimensiones, incorporó posteriormente la dimensión de especificidad-globalidad (Marlatt, 1985b), sugerida por Abramson, Seligman y Teasdale (1978) en su teoría de la indefensión aprendida, que discierne si las causas responsables del éxito o fracaso son específicas de una situación o, por el contrario, son generalizables a otras situaciones.



(Gráfico 26. Resumen del efecto de violación de la abstinencia).

El efecto de violación de la abstinencia influye en la probabilidad de la recaída en función de la intensidad con la que se experimenta. Cuanta mayor sea la intensidad de esta reacción, mayor será la probabilidad de la recaída. La intensidad de dicho efecto depende de los siguientes factores:

- El grado de compromiso personal.
- La duración del período de abstinencia.
- La importancia que da el sujeto a lo ocurrido.

A mayor grado de compromiso personal, a mayor duración del tiempo de abstinencia y cuanto más importancia de el alcohólico a lo ocurrido, la intensidad del efecto será mayor y mayor será la probabilidad de la recaída.

El análisis atribucional del proceso de recaída de Marlatt y colaboradores ha despertado una gran curiosidad e interés entre la comunidad de profesionales que se dedican a las adicciones. Este análisis contribuye, desde otra perspectiva a las empleadas

hasta ahora, al estudio de los determinantes de la recaída, que, como ya hemos comentado, es el problema principal con el que tropiezan los tratamientos.

El trabajo de Marlatt representa, por otro lado, un paso muy significativo en la consideración de las atribuciones en las adicciones y, aunque todavía se encuentra en fase de desarrollo y comprobación, parece prometedor. Diversos autores han considerado, de forma teórica y empírica, las implicaciones de su modelo con resultados que confirman parcialmente sus hipótesis (Bradley et al., 1992; Collins & Lapp, 1991; Curry, Marlatt & Gordon, 1987; den Boer et al., 1991; Edwards et al., 1987; Echeburúa, 1985; Fatell, 1988; Heather & Robertson, 1989; Mooney et al., 1992; Ross et al., 1989; Schmitz, 1988). No obstante, también se encuentran en la literatura trabajos que desconfirman el llamado efecto de violación de la abstinencia (Birke, Edelman & Davis, 1990; Crowder, 1982), si bien su área de estudio ha sido el consumo de heroína.

Los estudios empíricos que se han realizado hasta el momento, principalmente con alcohólicos (Collins & Lapp, 1991; Fatell, 1988) y fumadores (Curry, Marlatt & Gordon, 1987; Schmitz, 1988), tienden a apoyar el "efecto de violación de la abstinencia": los sujetos que recayeron tras un desliz atribuyeron éste a causas más internas, estables, globales e/o incontrolables y experimentaron mayores sentimientos de culpa que aquellos que consiguieron sobreponerse al primer consumo por atribuir el suceso a causas variables y controlables. Estos resultados sugieren, como dice Fatell (1988), "que el efecto de violación de la abstinencia es un paso intermedio entre el primer consumo de alcohol o uso de una sustancia (desliz) y la vuelta al consumo regular de alcohol o droga" (p. 66).

#### **4. APLICACIÓN DEL MODELO DE WEINER A LA REHABILITACIÓN DEL ALCOHÓLICO**

Hemos propuesto que la aplicación del modelo atribucional de Weiner (1972, 1974, 1979, 1985a, 1985b, 1986) al campo de la rehabilitación del alcoholismo podría

ser importante y prometedora por sus implicaciones. El objetivo de este apartado será exponer brevemente el modelo, descrito en el capítulo 3, aplicándolo a la temática que nos ocupa y considerar su utilidad potencial en el tratamiento del alcohólico. Para ello, tomamos como punto de referencia el análisis atribucional de la recaída de Marlatt (Marlatt, 1978, 1985b, 1985d; Marlatt & Gordon, 1980), que, como hemos visto, se centra en las explicaciones que dan los alcohólicos al primer consumo, al "desliz". Nuestro objetivo será, en cambio, aplicar el modelo atribucional de Weiner al proceso de rehabilitación completo, es decir, atendiendo tanto a los éxitos de los alcohólicos en sus intentos de dejar de beber como a los fracasos (recaídas) que experimentan. Las conclusiones a las que han llegado Fatell (1988) y Schmitz (1988) en sus respectivas tesis doctorales proporcionan cierto apoyo a este objetivo.

Hay tres ideas implícitas en el modelo atribucional de Weiner (1985b) que consideramos fundamental tener en cuenta en la problemática que nos ocupa:

- La representación de las personas como procesadores activos, y no pasivos, de la información. Los alcohólicos intentan entender su problema y, explícita o implícitamente, se preguntan por qué, o por qué logran dejar de beber y por qué fracasan en sus intentos.
  
- La idea de la responsabilidad personal. En nuestro caso, la responsabilidad que el alcohólico se atribuye por su rehabilitación. Como se preguntan Brickman y sus colaboradores (1982), ¿en qué medida se considera al alcohólico responsable, no del origen de su problema, sino de la solución del mismo?
  
- El enfoque cognitivo de la motivación, según el cual la motivación hacia la rehabilitación está determinada, en parte, por el conjunto de creencias en torno a ella. Weiner (1972, 1974, 1979) destaca, entre estas creencias, las atribuciones causales y propone una teoría en la que las causas a las que se atribuyen los éxitos y/o fracasos (¿por qué he triunfado?, ¿por qué he fracasado?) juegan un papel clave en las expectativas, emociones y comportamiento futuro.

El estudio de las atribuciones causales se nos presenta, por tanto, como una oportunidad para saber qué es lo que piensa y se dice a sí mismo el alcohólico de su recuperación ("por qué dejo de beber", "por qué recaigo"); nos permite conocer qué grado de responsabilidad se atribuye en su recuperación ("está más allá de mi control el dominar mi adicción", "si me lo propongo, puedo dejar de beber para siempre"); y finalmente, nos permite comprender en parte la motivación y la actitud del alcohólico ante su problema (activa o pasiva).

Para facilitar la comprensión de la teoría atribucional, vamos a seguir los siguientes pasos:

1. Qué son el análisis causal y las atribuciones causales.
2. Cuáles son las consecuencias de las atribuciones.
3. Qué implicaciones terapéuticas se pueden derivar de esta variable.

#### **4.1. ANÁLISIS CAUSAL Y ATRIBUCIONES CAUSALES**

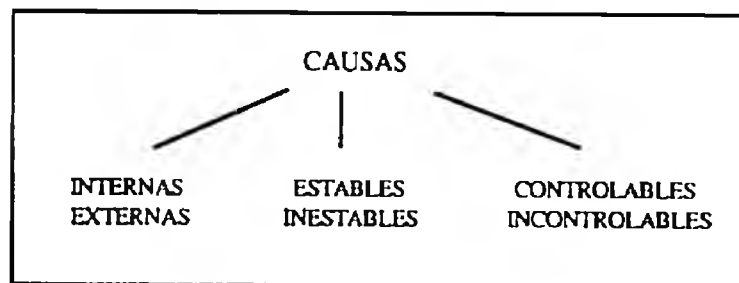
Como hemos visto en el capítulo anterior, la expectativa es un determinante de la conducta reconocido de forma unánime por los teóricos cognitivo-conductuales. Según estos teóricos, el que un alcohólico deje la bebida y se rehabilite depende, en cierta forma, de su confianza y seguridad en poder dejar de beber, es decir, de su expectativa de éxito.

Las expectativas de éxito o de control, como se ha podido observar en el capítulo 6, han recibido mucha atención en el tratamiento del alcohólico, pero podemos preguntarnos: ¿qué determina estas expectativas?, ¿qué es lo que hace que una persona tenga o no tenga expectativas de éxito? Las teorías cognitivas, según Weiner (Weiner, 1972, 1974; Weiner et al., 1971), al hablar de las expectativas y de su influencia en la conducta humana, se olvidan de procesos cognitivos importantes que explican dicha creencia; entre estos procesos, Weiner destaca el análisis causal y sus productos, las atribuciones causales.

El *análisis causal* es el proceso cognitivo por el cual, consciente o inconscientemente, las personas adjudican causas a los acontecimientos. Las personas, a través de este proceso, se preguntan y se explican el porqué de los sucesos; sucesos tan variados como pueden ser el éxito profesional, el suspenso en los exámenes o la enfermedad. Las atribuciones son los productos de este análisis, son las causas o las explicaciones causales que se dan ante los hechos que ocurren.

Aplicando el concepto de atribución al campo que nos ocupa, diríamos que las *atribuciones causales* de los alcohólicos son las explicaciones causales que éstos dan de su éxito en dejar de beber o de sus recaídas ("recaigo porque...", "mi éxito en dejar de beber se debe a..."). Dicho de otra manera, son las creencias que tienen los alcohólicos sobre las causas que provocan el éxito o el fracaso del tratamiento.

Las causas a las que se atribuyen los éxitos y los fracasos en mantener la abstinencia pueden diferir mucho de un alcohólico a otro. Entre las causas del éxito más nombradas están la motivación, el esfuerzo, la medicación, el apoyo familiar, médico o de grupos de autoayuda, etc. Respecto del fracaso, destacan la falta de fuerza de voluntad o de esfuerzo, el hecho de que es una enfermedad incurable, los problemas y la falta de interés, entre otros. (Amodeo & Kurtz, 1990; Ludwig, 1972, 1985; Maisto et al., 1988, 1989; Nordstrom & Berglund, 1986; Sjoberg, Samsonowitz & Jansson, 1987; Tuchfeld, 1981). A pesar de esta diversidad, lo importante de la causalidad desde la perspectiva atribucional es que todas las causas, por muy variadas que sean, pueden clasificarse en tres propiedades o *dimensiones*, como se indica en el siguiente gráfico:



(Gráfico 27. Clasificación de las causas en función de sus dimensiones).

Estas dimensiones son:

1. *La dimensión interna-externa.* Cuando el alcohólico atribuye las causas de su resultado en el tratamiento a sí mismo hablamos de causas internas, y cuando lo atribuye a causas ajenas a él hablamos de causas externas. Por ejemplo, el esfuerzo o la capacidad personal serían una causa interna y el apoyo profesional pertenecería al tipo de causa externa.

2. *La dimensión estable-inestable.* Cuando el alcohólico atribuye el resultado de su tratamiento a causas crónicas y duraderas hablamos de causas estables, y cuando lo atribuye a causas que varían en el tiempo hablamos de causas inestables o variables. Por ejemplo, el apoyo de los grupos de autoayuda y el estado de ánimo respectivamente.

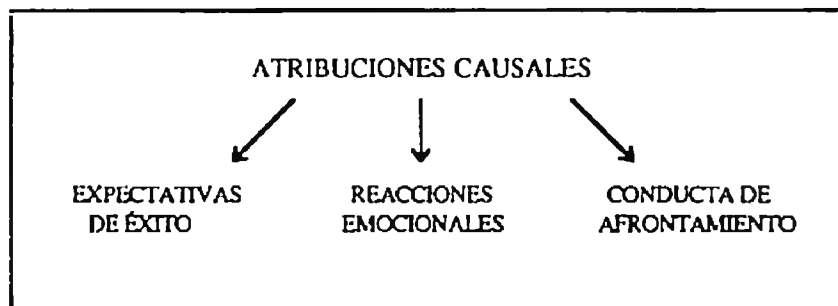
3. *La dimensión controlable-incontrolable.* Cuando el alcohólico atribuye el resultado de su tratamiento a causas que están bajo su control o el de otros hablamos de causas controlables, y cuando lo atribuye a causas que no están bajo el control de nadie hablamos de causas incontrolables. Por ejemplo, el esfuerzo personal o el apoyo de asociaciones está bajo control mientras que el destino nadie puede cambiarlo.

Según la teoría de Weiner, lo importante del estudio de la causalidad no son las causas en sí mismas, ya que causas puede haber muchas, sino cómo se interpretan, cómo se "viven" en función de sus dimensiones (estables, controlables, incontrolables...). Y son estas dimensiones (internalidad, estabilidad y controlabilidad) las que permiten comparar las distintas causas entre sí y descubrir cuáles son más favorables de cara a mantener una actitud positiva ante los problemas.

## 4.2. CONSECUENCIAS ATRIBUCIONALES: LA EXPECTATIVA, LAS EMOCIONES Y LA CONDUCTA

De acuerdo con los estudios realizados por Weiner y sus colaboradores (Weiner, 1972, 1974, 1979, 1985a, 1985b, 1986; Weiner et al., 1971), la importancia básica del análisis y de las atribuciones causales es que van a influir en (véase gráfico 28):

1. Las expectativas de éxito.
2. Las reacciones emocionales.
3. La conducta.



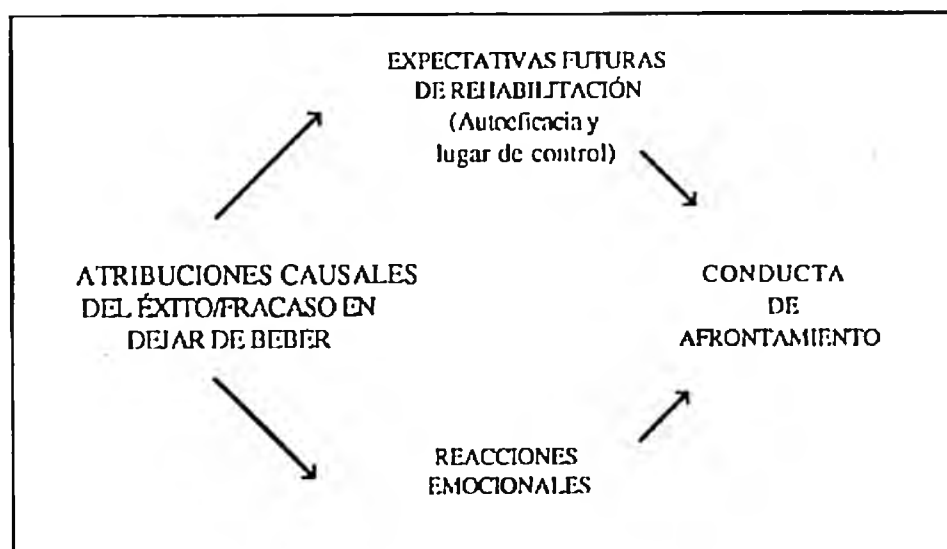
(Gráfico 28. Efectos de las atribuciones causales).

Habíamos dicho que un objetivo de este capítulo era establecer la relación entre las atribuciones y la expectativa. Pues bien, si pudiéramos hacer un corte en la cadena de causalidad de las cogniciones, diríamos que las atribuciones serían los antecedentes cognitivos de las expectativas. En tanto que se refieren a explicaciones de sucesos que ya han ocurrido, determinan en cierta medida lo que uno cree que va a ocurrir en el futuro. Y ello, porque, por lo general, las personas prevemos o anticipamos el futuro mirando al pasado y analizando lo que ha ocurrido en situaciones semejantes.

Tomemos un ejemplo concreto: si un estudiante cree que ha suspendido los exámenes porque no tiene capacidad suficiente, esta atribución causal influirá

negativamente en su expectativa de éxito. Atribuir el fracaso a causas de este tipo le conduce a creer que no está bajo su control aprobar los exámenes en la próxima convocatoria. Aplicando la secuencia atribuciones-expectativa al problema del alcohólico, la causa que éste atribuye a su éxito o fracaso en el tratamiento no es indiferente, sino que, al igual que en el caso del estudiante, tendrá consecuencias muy importantes: influirá, positiva o negativamente, en sus expectativas de rehabilitación, o, dicho de otro modo, en sus expectativas de control sobre la adicción (véase gráfico 29). Como hemos visto en el capítulo anterior, las expectativas de control son de dos clases: las de lugar de control y las de autoeficacia.

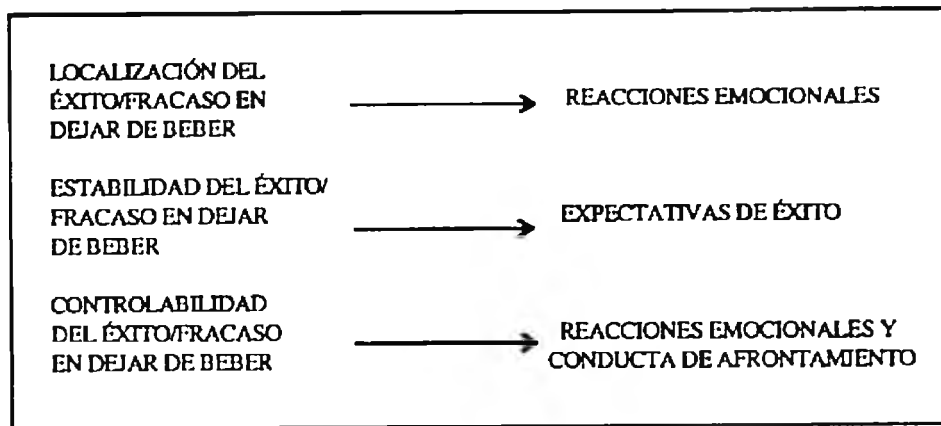
Como se puede observar también en el gráfico 29, estas expectativas y las reacciones emocionales, influidas también por las atribuciones que hace el alcohólico, condicionarán, en gran medida, la conducta de afrontamiento que adoptará ante su problema (activa o pasiva).



(Gráfico 29. Efectos de las atribuciones causales del alcohólico).

Veamos más detenidamente las influencias que se dan entre las atribuciones, las expectativas, las reacciones emocionales y la conducta. Según los estudios llevados a cabo por Weiner y colaboradores (Weiner, 1972, 1974, 1979; Weiner et al., 1971), las dimensiones causales (internalidad, estabilidad y controlabilidad) son las responsables de

las influencias que ejercen las atribuciones en las emociones, en las expectativas y en el afrontamiento. Cada dimensión, y como se indica en el gráfico siguiente, sería responsable de un efecto:



(Gráfico 30. Consecuencias atribucionales).

La explicación del gráfico es como sigue:

1. En primer lugar, *la dimensión de localización*, es decir, si las causas son internas o externas, es la responsable de las reacciones emocionales que suscita el éxito o el fracaso en dejar de beber:

- Atribuir el éxito ya sea a causas internas (uno mismo) o a externas (los otros) produce en general estados de ánimo positivos, como son la satisfacción, el orgullo y la gratitud.
- Por el contrario, atribuir el fracaso a causas internas o externas produce estados emocionales negativos, como son la culpa, la vergüenza (en especial si el alcohólico ha sido el único causante de la recaída) y/o el enfado.

2. En segundo lugar, *la dimensión de estabilidad*, es decir, si las causas son estables o temporales, determina en parte las expectativas futuras de rehabilitación ante el éxito o fracaso en dejar de beber:

- Si el éxito en dejar de beber es atribuido a causas estables (como la propia capacidad y recursos para vencer la tentación), la probabilidad de que la abstinencia se siga manteniendo aumenta. Por el contrario, si la causa de este éxito se atribuye a causas inestables (como el haber estado enfermo en la cama o la intervención puntual de una persona), la probabilidad de mantener la abstinencia disminuye.

- Si la recaída se atribuye a causas inestables (como un estado pasajero de malestar o unas circunstancias muy puntuales), se mantienen las expectativas de rehabilitación; mientras que si se atribuye a causas estables (como la dependencia irreversible que uno sufre), disminuyen las expectativas.

3. En tercer y último lugar, *la dimensión de controlabilidad* (si las causas son controlables o incontrolables) afecta a las reacciones emocionales y, en especial, al tipo de conducta a adoptar cuando se obtiene un éxito o un fracaso en dejar de beber:

- Si las causas del éxito en dejar de beber son vistas por el alcohólico como controlables, hay más probabilidades de que afronte el problema. Pero si considera que el éxito está fuera de todo control, su conducta ante el problema será de evitación y resignación.

- Si las causas de las recaídas las percibe el alcohólico como controlables, el afrontamiento será más activo y el esfuerzo por evitarlas mayor. Si, por el contrario, percibe que las causas están más allá del control personal, el afrontamiento ante la adicción será pasivo o de resignación.

Como conclusión podemos afirmar que lo más significativo de las atribuciones del alcohólico está en la influencia que ejercen en sus expectativas futuras de rehabilitación, en sus reacciones emocionales y en las pautas de conducta que adopta ante el problema. Como hemos visto, esta influencia se debe a las dimensiones de internalidad, estabilidad y controlabilidad de las causas.

Si el atribuir el resultado del tratamiento a causas internas, estables y controlables, o viceversa, tiene consecuencias en las expectativas y en el afrontamiento del problema, entonces es de esperar que las atribuciones causales jueguen un papel importante en la rehabilitación del alcohólico.

### 4.3. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

Uno de los problemas más comunes en la terapia, como ya se ha señalado, es la falta de generalización y mantenimiento de la abstinencia fuera de las sesiones de tratamiento. Pero, por otra parte, no es posible para un programa de tratamiento controlar al alcohólico y su entorno social de manera que se asegure la continuidad de la abstinencia. Se hace necesario, por tanto, desarrollar estrategias y recursos que ayuden a mantener este objetivo de la abstinencia.

La hipótesis que se plantea desde el modelo atribucional es si las atribuciones causales, dada su relación con las expectativas de control y la conducta, pueden contribuir al logro de este objetivo: mantener la abstinencia.

Tomando como referencia esta sugerencia de Davidson, Tsujimoto y Glaros (1973), "la manera en la que los pacientes se explican su mejoría terapéutica puede ser... un factor importante en el mantenimiento del cambio de conducta" (p. 132), las atribuciones de los alcohólicos podrían ser vistas como un recurso psicológico a desarrollar porque la manera en la que explican el éxito o fracaso en dejar de beber jugaría un papel importante en las expectativas y en los comportamientos futuros.

Basándose en esta idea de que los procesos cognitivos actúan como mediadores del cambio conductual, el modelo atribucional propone que la terapia:

1. Conozca las explicaciones que da el alcohólico a su éxito y/o fracasos en dejar de beber.
2. Favorezca la adquisición de atribuciones positivas que faciliten el dejar de beber y, lo que es más importante, que mantengan este cambio de conducta.

Aplicando el modelo de Weiner (1972, 1974, 1979, 1985a, 1985b, 1986), las atribuciones de los éxitos y fracasos en dejar de beber que favorecen o dificultan la

rehabilitación serían las que representamos a continuación en el gráfico 31 y que hemos dividido en atribuciones adaptativas y desadaptativas.

ATRIBUCIONES ADAPTATIVAS DEL ÉXITO Y FRACASO	ATRIBUCIONES DESADAPTATIVAS DEL ÉXITO Y FRACASO
<p>Internas Estables Controlables      Internas Inestables Incontrolables</p>	<p>Externas Inestables Incontrolables      Internas Estables Incontrolables</p>
<p>AUMENTAN</p>	<p>AUMENTAN</p>
<p>Las expectativas de control, el esfuerzo y la constancia.</p>	<p>Las expectativas de control, el esfuerzo y la constancia.</p>
<p>FACILITAN</p>	<p>FACILITAN</p>
<p>La rehabilitación</p>	<p>La rehabilitación</p>

(Gráfico 31. Atribuciones adaptativas y desadaptativas en la rehabilitación del alcohólico).

Las *atribuciones adaptativas* se caracterizan por lo siguiente:

- Explican el éxito en función de causas internas (o internas y externas a la vez), estables y controlables. Por ejemplo, una atribución adaptativa explicaría que el dejar de beber ha sido y es posible gracias a la capacidad y recursos personales y/o a la ayuda externa (profesional, asociación de autoayuda).
- Explican el fracaso en función de causas inestables y controlables. Por ejemplo, una atribución adaptativa explicaría una recaída por un descuido o una "mala racha" personal. Lo importante de estas

explicaciones es que el fracaso se puede evitar porque existen medios para ello.

Estas atribuciones, como se indica en el gráfico 31, favorecen la expectativa futura de éxito y la constancia en el comportamiento adecuado. Son cogniciones, que por su carácter motivador, es de esperar que faciliten la rehabilitación.

*Las atribuciones desadaptativas*, por su parte, reúnen estas propiedades:

- Explican el éxito en función de causas externas (o internas) inestables e incontrolables. Por ejemplo, una atribución desadaptativa explicaría que el dejar de beber se debió a la casualidad, a que se estaba de buen humor y/o a la intervención casual de alguien. El problema de estas causas está en la poca garantía que ofrecen de cara al futuro.

- Explican el fracaso en función de causas internas, estables e incontrolables. Por ejemplo, una atribución desadaptativa explicaría que la recaída es debida a que no hay nada que se pueda hacer para evitarla, que es una enfermedad incurable lo que se padece. El riesgo de estas causas es que no admiten la posibilidad de un cambio, de una esperanza.

Estas atribuciones, como se refleja en el gráfico 31, no favorecen la expectativa futura de éxito y la constancia en el comportamiento adecuado. Son cogniciones, que por su carácter desmotivador, es de esperar que dificulten la rehabilitación.

Los resultados de Fatell (1988) y Schmitz (1988) apoyan la relación propuesta entre las atribuciones, expectativas y resultado en el tratamiento, como se expresa en estas citas:

*"(hay) importantes diferencias en cómo los drogodependientes que se recuperan perciben las causas de la recuperación comparados con los que no se recuperan. Los abstinentes exitosos atribuían con más probabilidad las razones de su*

*resultado a factores ... estables ... internos ... y controlables"* (Fatell, 1988, pp.62-63).

*"Las atribuciones del afrontamiento exitoso ... se relacionaron significativamente con el resultado final de fumar... las atribuciones causales del afrontamiento exitoso proporcionaron una descripción válida de los individuos que lograron y mantuvieron la abstinencia. Como se predijo, los que dejaron de fumar percibieron factores más internos, estables y controlables ... que los que tuvieron menos éxito" (Schmitz, 1988, pp. 88-89).*

A pesar de la relación encontrada entre las atribuciones y el resultado en el tratamiento, las atribuciones, como cualquier otra variable, son útiles en la medida en que se puedan derivar de ellas líneas de actuación concretas que faciliten la rehabilitación y, más concretamente, el mantenimiento de la abstinencia. Porque como dicen den Boer y colaboradores (1991),

*"... no es suficiente con animar a la gente a cambiar. En concreto, la gente que ha tenido muchos fracasos y que los interpreta como debidos a causas estables, internas e incontrolables requeriría de un período de reorientación en el que se les enseñara que ellos son realmente capaces de cambiar su conducta" (den Boer et al., 1991, p. 246).*

A este respecto, Weiner (1988) menciona tres estrategias que pueden ayudar a la consecución y mantenimiento del objetivo terapéutico:

1) *El cambio atribucional.* Esta estrategia consiste en discutir las causas que el alcohólico cree que provocan sus éxitos y fracasos en dejar de beber, y cambiarlas por causas favorecedoras de la rehabilitación. Ahora bien, este cambio debe ir acompañado de experiencias reales de éxito.

La experiencia personal es el proceso de aprendizaje más poderoso, y, como decíamos en el capítulo anterior, existen tres procedimientos para hacer más probable la experiencia de éxito: a) la identificación de

situaciones de alto riesgo, b) el entrenamiento en habilidades que permitan afrontar sin alcohol dichas situaciones (nos ocuparemos de esta variable en el siguiente capítulo) y c) la interpretación cognitiva adecuada de los resultados (Annis & Davis, 1988a, 1988b; Litman et al., 1983, 1984; Marlat, 1985c, 1985d; Monti et al., 1989).

2) *Cambiar la percepción del resultado.* El objetivo del programa de tratamiento es que el alcohólico deje de beber de forma definitiva, pero en este proceso de recuperación es frecuente la experiencia de tentaciones y recaídas. Es importante interpretar estos resultados con la orientación ya indicada para evitar el desánimo, la resignación y el abandono.

3) *Conocer y evaluar toda la información* referida a los resultados que obtiene el alcohólico en su tratamiento, tanto éxitos como fracasos. Es preciso realizar una percepción correcta, realista, de todos estos resultados, en el sentido de que no se infravaloren los éxitos, por pequeños que sean, ni tampoco los fracasos. En este último caso, la infravaloración de los fracasos puede conducir a una percepción de control falsa, como ya comentaran Rohsenow y O'Leary (1978), así como Burling y colaboradores (1989), a propósito de las expectativas de control ilusorias, y disuadir de un afrontamiento correcto, con lo que la aparición de recaídas sería más frecuente.

*A modo de resumen* de este capítulo y como conclusión, podemos decir que el modelo atribucional de Weiner se presenta como una herramienta teórica prometedora y con posibles implicaciones terapéuticas para el tratamiento y rehabilitación del alcohólico. El objeto de estudio de este enfoque son las atribuciones causales, que se definen como las explicaciones causales que dan las personas (en nuestro caso, los alcohólicos) a sus éxitos y/o fracasos (en dejar de beber); y de acuerdo con Weiner, la creencia de una persona sobre lo que ha causado un suceso, influirá en lo que espere en un futuro y en cómo se comporte respecto a ese suceso.

Aplicando el modelo atribucional al tratamiento del alcoholismo, podemos observar que las causas que dan los alcohólicos a su abstinencia y/o recaídas son muchas, pero lo que posibilita el estudio de la causalidad son las dimensiones que la caracterizan: internalidad, estabilidad y controlabilidad. Esto es, las causas pueden ser internas o externas, estables o inestables, y controlables o incontrolables. Son estas características las que nos permiten conocer qué causas son más y menos adaptativas ante los éxitos y/o fracasos que obtenemos en la vida. Así, por ejemplo, atribuir la abstinencia a causas internas, estables y controlables (como la propia capacidad y determinación) es una atribución adaptativa porque permite tener la esperanza de que es posible mantener la abstinencia, aumenta la autoestima y el orgullo, y favorece un afrontamiento eficaz del problema. En cambio, creer que la abstinencia es algo inestable e incontrolable (atribución desadaptativa) produce los efectos contrarios.

Atendiendo al modelo y estudios de Weiner y colaboradores, sugerimos que las atribuciones causales son variables importantes por sus influencias en las expectativas, en el afrontamiento y en los resultados:

1) Las atribuciones de la abstinencia y/o recaída (en cuanto que son creencias sobre algo ya ocurrido) influyen en las expectativas de control del alcohólico sobre el dejar de beber de forma definitiva (creencias sobre el futuro). Atribuciones adaptativas favorecen expectativas de control, mientras que atribuciones desadaptativas las disminuyen. Ambas variables permiten conocer la percepción de control del alcohólico sobre su adicción.

2) Las atribuciones influyen en la disposición del alcohólico a actuar en la resolución de su problema, favoreciendo un buen o mal pronóstico. Atribuciones adaptativas animan a un afrontamiento activo del problema; por el contrario, atribuir los éxitos o fracasos en dejar de beber a causas desadaptativas (incontrolables), desanima y disuade de la acción.

3) Las atribuciones facilitan o dificultan la generalización y el mantenimiento de la abstinencia fuera de las sesiones y vigilancia terapéuticas al responsabilizar en mayor o menor medida al alcohólico de su rehabilitación. Si el alcohólico cree que su abstinencia se debe a causas internas, estables y controlables, previo tratamiento médico y psicológico, él es el responsable y la garantía principal de su mantenimiento. Sin embargo, si cree que la abstinencia es algo inestable y que no está bajo su control, se

sentirá incapaz de "curarse" y abdicará de su responsabilidad. Esta actitud afectará de forma negativa al modo con que afronte su problema y a los resultados.

Por el momento, creemos que es difícil, incluso arriesgado, reconocer la existencia de atribuciones diferentes en los alcohólicos abstinentes y en los alcohólicos reincidentes, así como afirmar su importancia en el tratamiento. El número de estudios realizados es todavía insuficiente para sacar conclusiones definitivas, si bien sus resultados son bastante alentadores. La presente investigación tiene como objetivo contribuir en cierta medida al estudio de las atribuciones en el alcohólico estudiando si existen atribuciones específicas que se asocian con un mayor mantenimiento de la abstinencia, por oposición a aquellas que se asocian con un tiempo de abstinencia menor y/o con recaídas.

Pero, incluso sin la existencia de unas atribuciones características de los alcohólicos abstinentes frente a los reincidentes, éstas pueden ser medidas y analizadas individualmente y conocer sus efectos, porque creemos que no sólo es necesario acumular éxitos, sino que también es preciso atribuirlos a uno mismo con seguridad y de forma estable.

**CAPÍTULO VIII: EL  
AFRONTAMIENTO EN LA  
REHABILITACIÓN DEL  
ALCOHÓLICO**

El afrontamiento es la última de las variables del enfoque cognitivo-conductual que hemos decidido estudiar en este trabajo de investigación. El objetivo del presente capítulo será conocer qué se entiende por afrontamiento y qué papel desempeña en la rehabilitación del alcohólico. Para terminar, se indica la relación que puede tener esta variable con las variables vistas anteriormente, conocidas como "percepción de control".

## 1. INTRODUCCIÓN

El afrontamiento ha sido propuesto en el capítulo 5 como otra de las variables que influyen en el proceso de rehabilitación del alcohólico. En un intento de identificar las distintas variables que afectan a este proceso, la *forma* con que el alcohólico *afronta* su problema de adicción y las situaciones que le incitan a beber se está reconociendo en el mundo de la investigación y la clínica como un factor de gran importancia.

Antes de centrarnos en las investigaciones realizadas sobre esta variable y en sus resultados, veamos en líneas generales qué se entiende por afrontamiento (para una revisión más completa de la variable, véase capítulo 4).

El afrontamiento ("coping") es un término que surge en psicología a raíz de las investigaciones sobre el estrés y la salud. En un principio estaba muy extendida la idea de que ciertos acontecimientos (desastres naturales, problemas familiares, económicos, etc.) tenían el potencial negativo suficiente como para alterar por sí solos la salud física y/o mental de las personas que se vieran expuestas a ellos (insomnio, problemas cardiovasculares, depresión, alcoholismo...). Pero conforme fueron desarrollándose estas investigaciones y apareciendo nuevas teorías en el panorama psicológico, en especial de la mano de Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1986), se fue poniendo de manifiesto que los sucesos, por negativos que fueran, no afectaban ni alteraban de la misma forma a todas las personas que los sufrían. Es decir, las personas variaban en su grado de adaptación o "afectación" aun cuando se vieran expuestas a los

mismos acontecimientos. Y se observó que una de las razones que marcaban estas diferencias era la forma en la que se afrontaban dichos acontecimientos.

Actualmente, se sostiene en la investigación sobre el estrés que la influencia de los problemas en la adaptación y salud de la persona puede ser menor o mayor dependiendo de la forma en que se afronten. El afrontamiento pasa a ser considerado, de esta manera, una variable mediadora en la relación "problemas- adaptación". Y se define como el conjunto de estrategias que utilizan las personas para manejar los problemas que se les presentan con el objetivo de solucionarlos o de reducir sus efectos negativos.

La importancia que el afrontamiento empieza a tener, en especial en el campo de la clínica, se debe a que si bien no se puede proteger a la persona de ciertos sucesos estresantes, sí se le puede enseñar a afrontarlos de una forma más eficaz. Dependiendo de cómo se afronten los sucesos (separación familiar, muerte de un ser querido, dificultades laborales y sociales, pérdida de trabajo, enfermedades, etc.), los resultados a nivel personal y/o social serán mejores o peores.

El desarrollo de las teorías e investigaciones sobre el afrontamiento atraen pronto el interés de los especialistas en el alcoholismo, y las adicciones en general, que, preocupados por las altas tasas de recaídas, se empiezan a preguntar si el afrontamiento, la forma que tienen los alcohólicos de responder ante ciertos problemas, no será una de las razones por la que algunos recaen y otros mantienen la abstinencia. Con el propósito de comprobar si esta variable realmente influye en el proceso de rehabilitación se empiezan a llevar a cabo una serie de investigaciones, que revisamos a continuación.

## **2. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL AFRONTAMIENTO**

El estudio del afrontamiento en el campo del alcoholismo comienza hacia el final de la década de los 70, siendo en los años 80 cuando alcanza su máximo desarrollo.

Desde entonces, se ha producido un gran número de estudios e investigaciones que de forma casi unánime manifiestan la importancia de esta variable en la rehabilitación del alcohólico (Abrams, 1983; Abrams & Niaura, 1987; Billings & Moos, 1983; Chaney, O'Leary & Marlatt, 1978; Cronkite & Moos, 1980; Ito & Donovan, 1990; Kadden et al., 1992; Klingeman, 1992; Litman et al., 1977, 1979, 1983; Marlatt, 1985a, 1985c, 1985d, 1985e; Monti et al., 1990, 1989; Moos, Finney & Chan, 1981; Murphy & Hoffman, 1993; Nielsen, 1992; Oei & Jackson, 1982; Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987; Shiffman, 1985, 1987, 1989; Wills & Shiffman, 1985).

La premisa básica de estas investigaciones es que la recuperación del alcohólico depende en gran medida de las estrategias y esfuerzos que emplea para vencer su problema de alcoholismo y solucionar aquellos otros que le llevan a beber. Según estos estudios, la dependencia del alcohol no provoca por sí sola la recaída, es decir, un alcohólico no recaerá porque "padece" alcoholismo, sino, entre otras razones, recaerá porque no afronta sus problemas, o lo hace de forma equivocada.

El interés que despierta esta variable origina un volumen considerable de estudios. Podemos señalar en ellos dos líneas básicas de investigación, en función del tipo de afrontamiento que estudian (Wills & Shiffman, 1985; Monti et al., 1990, 1989):

- 1) Una primera línea de investigación que se centra en cómo el alcohólico afronta en general los problemas que le depara la vida. Es lo que se conoce como "*afrontamiento del estrés*".
- 2) Una segunda línea de estudio que se centra en cómo el alcohólico afronta específicamente su problema del alcoholismo y las situaciones que le llevan a beber. Es lo que se conoce como "*afrontamiento de la adicción*".

De acuerdo con esta clasificación, una cosa es afrontar de forma general los problemas y el estrés propios de la vida (dificultades familiares, laborales, accidentes, etc.), y otra es afrontar de forma específica el problema de la bebida (esto es, resistir la tentación de beber en determinadas situaciones).

La relación entre ambos fenómenos, el estrés y la tentación de beber, es estrecha (Cronkite & Moos, 1980; Moos, 1990; Patterson et al., 1988). La mayoría de los alcohólicos continúan bebiendo, entre otras razones, porque el alcohol les ayuda a reducir su ansiedad, a olvidar sus problemas, a sobrellevar una vida monótona y/o estresante, etc. Como han puesto de manifiesto muchos estudios, el alcohólico utiliza el alcohol como una estrategia de afrontamiento del estrés; consumir alcohol es un modo de evitar los problemas, de hacerlos frente. Monti y colaboradores (1989) recogen esta idea al decir:

*"... la conducta adictiva es una forma habitual, maladaptativa, de afrontar el estrés. Los acontecimientos vitales; las tensiones diarias; las cuestiones relacionadas con el trabajo, la familia y la comunidad son todos ellos ejemplos de estresores que deben resolverse... El 'afrontamiento' es un intento de hacer frente a las demandas... Si el individuo no tiene habilidades de afrontamiento adecuadas en su repertorio para hacer frente a las demandas, entonces el alcohol puede servir para restaurar el equilibrio" (Monti et al., 1989, p. 3).*

Sin embargo, y a pesar de la relación que existe entre el estrés y el alcoholismo, la mayoría de los estudios se han centrado en averiguar cómo afronta el alcohólico su propia adicción y las situaciones específicas que le llevan a beber, y no en cómo afronta el estrés y sus problemas "en general". La razón es la siguiente: los estudios centrados en el afrontamiento general persiguen conocer las estrategias que adoptan los alcohólicos ante los problemas en general, pero sin especificar dichos problemas o relacionarlos con su verdadera problemática personal. Y los resultados que se han obtenido no son muy satisfactorios (Abrams et al., 1991; Monti et al., 1990; Monti, Corriveau & Zwick, 1981; Twentyman et al., 1982) :

- Por un lado, no se han encontrado diferencias significativas entre los alcohólicos y los no alcohólicos a la hora de afrontar "en general" (y "en abstracto") los problemas.
- Por otro lado, no parece que el entrenamiento del alcohólico en este tipo de afrontamiento general contribuya eficazmente a la superación de su problema de adicción.

Donde sí parecen encontrarse, en cambio, diferencias entre los alcohólicos y los no alcohólicos es en el afrontamiento de aquellas situaciones que a los primeros les incitan a beber. Como se recordará, estas situaciones se conocen como "situaciones de alto riesgo" y se refieren a situaciones donde el alcohólico experimenta deseos de beber, a la vez que dificultades para reprimirlos: cuando es animado por los amigos a que beba, cuando se encuentra nervioso o deprimido, cuando tiene problemas con su familia o en el trabajo, etc. Monti y colaboradores (1989) reflejan en la siguiente cita su apoyo al afrontamiento específico:

*"... aunque no se ha encontrado que los alcohólicos tengan menos habilidades que los no alcohólicos en situaciones generales... su habilidad para manejarse en situaciones relacionadas con el alcohol es menor que la de los no alcohólicos... las diferencias individuales en estas habilidades... al finalizar el tratamiento son predictivas de los resultados después del tratamiento. Estas habilidades se pueden mejorar con un entrenamiento conductual ..." (Monti et al., 1989, p. 147).*

Por esta razón, la mayoría de los investigadores y clínicos están especialmente interesados en conocer, por un lado, las situaciones específicas que provocan en el alcohólico la vuelta al consumo de alcohol y, por otro, las estrategias o respuestas que se precisan para hacer frente a estas situaciones sin tener que recurrir a la bebida. Como hemos dicho antes, es lo que se conoce como "afrontamiento específico de la adicción", y en el que vamos a centrarnos en los apartados siguientes.

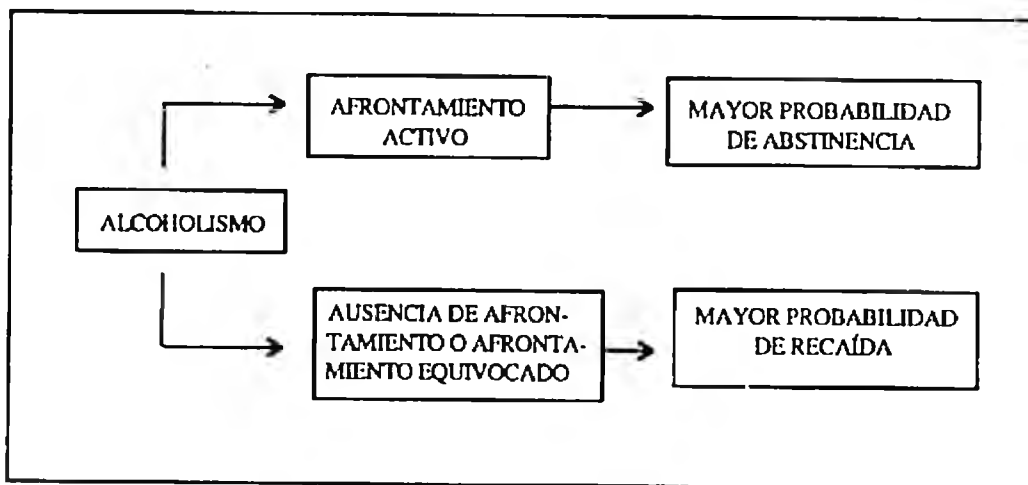
### **3. AFRONTAMIENTO DE LA ADICCIÓN Y SUS IMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHÓLICO**

Aunque la mayor parte de la literatura sobre afrontamiento se refiere a sucesos o situaciones estresantes (pérdida de algún ser querido, desastres naturales...), en nuestro

caso, como dice Shiffman (1987), se trata de afrontar no un estresor en el sentido literal de la palabra sino una tentación de consumir una sustancia (alcohol) en una situación concreta (por ejemplo, en una reunión social, cuando se tienen problemas, cuando se experimentan deseos urgentes de beber...).

El *afrontamiento* en este contexto se refiere a las respuestas, a los esfuerzos, de los alcohólicos por hacer frente a las situaciones que les incitan al consumo de alcohol. Como señalábamos en el capítulo 4, las respuestas de afrontamiento pueden adoptar diversas formas: pueden ser respuestas activas, respuestas de evitación y/o de resignación. A su vez, la eficacia del afrontamiento dependerá de elegir la respuesta adecuada ante el problema o la situación. En el caso del alcoholismo, la respuesta de afrontamiento adoptada será más o menos eficaz dependiendo de la situación que tenga que enfrentar, e influirá en que el alcohólico continúe en abstinencia o que recaiga.

Como se indica en el gráfico siguiente, si el alcohólico intenta solucionar su problema, esto es, si lo afronta siempre de forma activa, independientemente de la situación en la que se encuentre, las probabilidades de que el tratamiento tenga éxito y de que el afectado se mantenga en abstinencia aumentan. Por el contrario, si no hace nada para solucionarlo, o adopta medidas equivocadas, lo que aumenta es la probabilidad de que tenga una recaída.



(Gráfico 32. Relación afrontamiento-tratamiento del alcoholismo).

El interés que ha despertado esta variable en el campo del alcoholismo, como ya hemos venido anunciando, se debe a dos razones (Abrams & Niaura, 1987; Curry & Marlatt, 1985; Litman et al., 1977, 1979, 1983; Marlatt, 1985c, 1985d; Monti et al., 1990, 1989; Shiffman, 1985, 1987, 1989; Wills & Shiffman, 1985):

1) El afrontamiento es un recurso que puede ser adquirido, es decir, se puede enseñar al alcohólico a identificar sus situaciones de riesgo y a afrontarlas de manera eficaz. Se trata, en definitiva, de proporcionar unos medios para reducir la probabilidad de la recaída, y no dejarlo todo en manos de la "fuerza de voluntad".

2) El afrontamiento correcto se asocia a un buen resultado (en forma de abstinencia o menor consumo de bebida) al finalizar y después de finalizado el tratamiento. En cierta manera, es una variable predictiva de la conducta que mantendrá el alcohólico, si abstinento o alcohólico.

Shiffman (1989) resume de la siguiente manera la importancia del afrontamiento:

*"Entre los factores que contribuyen a resistir la tentación, las respuestas de afrontamiento son de los más importantes. Las respuestas de afrontamiento eficaces ayudan a resistir o neutralizar la tentación. ... las respuestas de afrontamiento son un objetivo prometedor de cara a la intervención. De hecho, la mayoría de los modelos clínicos de las conductas adictivas enfatizan el afrontamiento activo del cliente como un elemento clave en el mantenimiento exitoso (de la abstinencia)" (Shiffman, 1989, p. 166).*

El estudio del afrontamiento de la adicción se ha desarrollado en dos direcciones:

1) una primera compuesta por los estudios que tratan de identificar las respuestas que dan los alcohólicos para superar exitosamente la tentación de beber; 2) la segunda formada por aquellos trabajos que, dados los déficits de algunos alcohólicos en hacer frente a su problema, han desarrollado programas para entrenar al alcohólico en las respuestas que necesita. Es lo que se conoce como programas de "habilidades de afrontamiento".

### 3.1. RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Los estudios incluidos en esta categoría estudian, en palabras de Shiffman (1987), "las respuestas de afrontamiento que se ejecutan ante la experimentación de una tentación" (p. 363). Se trata, en definitiva, de saber qué es lo que hacen los alcohólicos que superan sus crisis de recaída y continúan manteniéndose en abstinencia. La pregunta de fondo de estos estudios se puede formular de la siguiente manera: ¿cómo actúan, qué hacen, los alcohólicos cuando experimentan deseos de beber?, ¿se diferencian los alcohólicos abstinentes de los reincidentes a la hora de afrontar la probabilidad de la recaída?

Esta línea de trabajo se deriva fundamentalmente de las observaciones realizadas por Litman y colaboradores (1979, 1983, 1984) y Shiffman (1985, 1987) de sus pacientes alcohólicos y fumadores a lo largo del tratamiento y después de finalizado éste. Y tiene como objetivo descubrir las respuestas que han sido útiles para prevenir la recaída y mantenerse en abstinencia. Estas respuestas se han dividido en dos tipos, conductuales y cognitivas:

1) *Las respuestas conductuales* se caracterizan por incluir los intentos activos que hace el alcohólico por resolver su problema y superar la tentación. Estas respuestas, aunque pueden ser muy variadas, incluirían básicamente las siguientes conductas: buscar apoyo médico y social, realizar conductas alternativas a la de beber, evitar o retirarse de situaciones comprometidas, rechazar asertivamente una invitación, etc.

2) *Las respuestas cognitivas* se caracterizan por incluir los intentos activos que sirven para manejar la tentación a través de la actividad mental: quitar importancia a la situación y/o a las ganas de beber, distraerse pensando en otras cosas, ignorar la situación, pensar en las consecuencias positivas de no beber y en las negativas de beber, decirse a sí mismo que es posible resistir la tentación, etc.

A continuación, presentamos en el siguiente cuadro las respuestas conductuales y cognitivas que con más frecuencia se adoptan para hacer frente a la tentación de beber:

RESPUESTAS CONDUCTUALES	RESPUESTAS COGNITIVAS
Buscar apoyo, compañía. Conductas alternativas (ejercicio físico, leer, consumir comida u otras bebidas, etc.). Rechazar las invitaciones de los compañeros. Relajarse.	Quitar importancia a la situación. Distraerse pensando en otras cosas. Pensar en las consecuencias positivas de no beber. Pensar en las consecuencias negativas de beber. Recordarse el compromiso en mantener la abstinencia. Fuerza de voluntad. Pensamientos de auto-castigo.

(Cuadro 6. Respuestas conductuales y cognitivas para hacer frente a la tentación de beber).

Dos han sido los aspectos particulares en los que se han centrado las investigaciones que nos ocupan en este apartado:

- 1) Observar si influye el tipo y número de respuestas de afrontamiento en el resultado de una crisis (si recaída o abstinencia). Se define la crisis como la situación en la que el alcohólico experimenta la tentación de beber.
- 2) Dividir el afrontamiento en etapas: anticipatorio, inmediato y restaurativo.

Con respecto *al tipo y número de respuestas de afrontamiento*, los resultados encontrados en diferentes estudios son un poco mixtos. Sin embargo, se puede extraer una serie de conclusiones comunes a todos ellos:

- En primer lugar, se ha demostrado que la ejecución de una conducta de afrontamiento en una crisis, comparado con la no ejecución de la

misma, discrimina entre los alcohólicos que recaen y los que no recaen. Es decir, aquellos que no afrontan la crisis de ninguna manera, que tienden a adoptar respuestas pasivas o de resignación, tienen más probabilidad de recaer que los que la afrontan de algún modo (Bliss et al., 1989; Curry & Marlatt, 1985; Litman et al., 1979, 1983; Neidigh, Gesten & Shiffman, 1988; Samsonowitz & Sjoberg, 1981; Sjoberg & Olsson, 1981; Sjoberg, Samsonowitz & Olsson, 1983; Shiffman, 1985, 1987).

Considerando todas las respuestas identificadas para vencer la tentación de beber (ver cuadro de respuestas conductuales y cognitivas en la página anterior), y si bien es mejor utilizar alguna de ellas que ninguna, algunos autores observan que unas respuestas son más eficaces que otras. Shiffman (1987) señala que el "uso de la fuerza de voluntad" y, en especial, los "pensamientos de autocastigo" son las respuestas menos eficaces, mientras que Litman y colaboradores (1979, 1983) observan que el "pensar en las consecuencias de consumir o no consumir" (respuesta cognitiva), es la respuesta que mejor discrimina a los sujetos que se abstienen de los que reinciden.

- En segundo lugar, parece que una variedad en las respuestas empleadas se asocia con mejores resultados, en especial si las tentaciones tienen lugar en diferentes situaciones. En el caso de que una respuesta no dé buen resultado, se puede recurrir a otra con lo que la resistencia a la tentación es mayor. En este sentido, el disponer de un repertorio de respuestas flexibles ayudaría a afrontar mejor las recaídas (Litman et al., 1979, 1983; Curry & Marlatt, 1985; Marlatt, 1985c).

A pesar de la conveniencia de disponer de respuestas conductuales y cognitivas a la hora de hacer frente a una tentación, diversos autores subrayan la importancia del afrontamiento cognitivo en el mantenimiento de la abstinencia (Ito & Donovan, 1990; Litman et al., 1979, 1983; Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987; Shiffman, 1987, 1989). Aunque los datos no son definitivos, dada la necesidad de un mayor número de investigaciones, las respuestas cognitivas parecen ser más fiables a largo plazo porque siempre se puede recurrir a ellas. Hay situaciones en las que no es posible llevar a cabo

respuestas conductuales (abandonar una situación comprometida, buscar compañía, solucionar el problema, etc.), y superar la tentación dependerá en gran medida del uso de respuestas cognitivas (reconsiderar el problema desde otro punto de vista, recordarse el compromiso por la abstinencia, pensar en las consecuencias positivas de no beber, decirse a sí mismo que se es capaz de estar sin beber...). Sánchez-Craig, Wilkinson y Walker (1987) dicen a este respecto:

*"... el uso de estrategias de afrontamiento cognitivo es apropiado para los pacientes, en especial cuando se sienten incapaces de alterar las circunstancias..." (Sánchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987, p.317).*

Shiffman (1989) sugiere además este tipo de afrontamiento: "ya que la tentación está en estrecha relación con los procesos mentales (urgencias, expectativas de efectos positivos, planes)..." (p. 166). En estos casos, las respuestas cognitivas pueden ser utilizadas como instrumentos que reduzcan o neutralicen el impacto de ciertas expectativas o pensamientos que conducen a beber, por ejemplo, "me siento tan solo y deprimido que lo único que merece la pena en esta vida es beber para olvidar", "me merezco una copa después de un día tan duro", "un solo trago no me va a hacer daño", etc.

En lo que respecta a la *división del afrontamiento*, Wills y Shiffman (1985) y Shiffman (1989) hablan de tres etapas o fases:

- *Afrontamiento anticipatorio*. El objetivo de este afrontamiento es prevenir la ocurrencia de la tentación o de la crisis. Las respuestas que caracterizan a este afrontamiento se planean y se ejecutan deliberadamente para reducir la probabilidad de las tentaciones. Ejemplos de esta fase son el control de estímulos (evitar ciertos entornos, eliminar bebidas de la casa), comprometerse con grupos de autoayuda o realizar actividades incompatibles con beber.

- *Afrontamiento inmediato*. El objetivo es responder inmediatamente a una situación que entraña amenaza para resistir la tentación que se experimenta. Las respuestas se caracterizan por su especificidad e

inmediatez (por ejemplo, comer, escapar de la situación, pensar en las consecuencias, auto-instrucciones, etc.).

*-Afrontamiento restaurativo.* El objetivo es manejar las consecuencias de un desliz o primer consumo para evitar un desenlace peor: una recaída total. Este afrontamiento es predominantemente cognitivo, y se caracteriza por respuestas del tipo siguiente: análisis y explicación del desliz, evitar desmoralizarse y dar todo por perdido, ejercer un autocontrol, etc. Se trata de evitar, en definitiva, lo que Marlatt (Marlatt, 1978, 1985b, 1985d; Marlatt & Gordon, 1980) denominó "efecto de violación de la abstinencia", descrito en el capítulo 7, y que, según el autor, es el responsable de que un primer consumo, por parte de un alcohólico que desea dejar de beber, conduzca a una recaída.

Como ya hemos visto en el apartado dedicado al análisis que hace Marlatt del proceso de recaída (capítulo 7), el autor divide este proceso en dos fases: una primera, cuando tiene lugar el primer consumo o "desliz", y una segunda, en la que tiene lugar la recaída propiamente dicha.

El *desliz* se define como el primer consumo que se hace de una sustancia después de que la persona ha decidido abstenerse de ella. La *recaída*, en cambio, se define como la vuelta al consumo anterior de la sustancia una vez iniciado o terminado el tratamiento con pérdida de control e incapacidad para abstenerse. Esta distinción conceptual, aunque útil, no está suficientemente aclarada, y existen opiniones contradictorias en torno a ella (Shiffman, 1989).

Para los profesionales adscritos al modelo biomédico, la recaída es inevitable una vez que se ha violado la abstinencia aunque sólo sea por una vez. Según este modelo, una consumición de alcohol desemboca inevitablemente en una recaída porque la re-exposición a la sustancia activa la dependencia subyacente del alcohólico (Jellinek, 1960). Por el contrario, Marlatt (Marlatt, 1978, 1985b, 1985d; Marlatt & Gordon, 1980) asume que, si bien un desliz en la abstinencia programada es un paso previo a la recaída (la recaída comienza siempre con un primer consumo), no todo desliz conduce inexorablemente a una recaída total ni que la recaída sea debida a factores puramente fisiológicos. Para el autor, es necesario que se den otra serie de factores para que, tras un

primer consumo, el alcohólico se vea envuelto en una pérdida de control. Entre estos factores destaca el llamado "efecto de violación de la abstinencia" (EVA) y la anticipación de los efectos del alcohol.

El efecto de violación de la abstinencia, como se recordará, es una reacción cognitivo-emocional que ocurre tras un primer consumo y que se caracteriza, a nivel emocional, por un sentimiento de culpa que estimula el consumo posterior (los estados de ánimo negativos son uno de los antecedentes más frecuentes en la recaída) y, a nivel cognitivo, por la atribución del desliz a causas personales e incontrolables ("no puedo hacer nada para evitarlo", "es la enfermedad"). Esta atribución, se asume, disminuye el sentido de eficacia personal para tratar con el problema y disuade de un afrontamiento activo y enérgico con el desliz, lo que provoca la recaída y pérdida de control subsiguiente.

Debido a la frecuencia de estos primeros consumos, ciertos autores señalan la necesidad de preparar al alcohólico ante la probabilidad de un desliz dentro del propio programa de tratamiento. Según Shiffman (1987), "cómo se reacciona ante un desliz puede determinar el que sea algo aislado y se controle o que conduzca a una recaída total" (p. 375). El objetivo de esta preparación sería enseñar al alcohólico a reaccionar de una manera "constructiva", a hacer frente a una posible "violación de su promesa" a través de un entrenamiento en habilidades cognitivas, con el fin de evitar una recaída y consumo incontrolado de alcohol. Concretamente, en estos entrenamientos el paciente sería instruido sobre lo que debe recordar y hacer si le ocurre una primera recaída. Una forma de hacerlo, de acuerdo con las sugerencias de Marlatt (1985a), es que el paciente lleve una tarjeta con las siguientes instrucciones:

Deténgase después de haber terminado el primer consumo y considere la siguiente información:

- Una simple recaída no es del todo inusual, pero no significa que haya perdido el control sobre la sustancia.
- Ante el sentimiento de malestar o culpabilidad no se rinda. Este sentimiento irá desapareciendo en breve.
- Considere la recaída como una experiencia de aprendizaje y analice los antecedentes que le han llevado al consumo y las

respuestas que pudo haber utilizado. Asimismo, considere qué puede hacer para no seguir consumiendo.

- Ante el riesgo de no poder resistir la tentación de seguir consumiendo, póngase en contacto con alguna persona que le pueda ayudar.

- Recuerde: una simple recaída no significa necesariamente la pérdida de control.

El manejo de las consecuencias del efecto de violación de la abstinencia podría ser un elemento clave en un programa de prevención de recaída; sin embargo, la proposición de incorporar una recaída controlada en el tratamiento está todavía en proceso de desarrollo y de validación empírica. A pesar del interés teórico y clínico que este enfrentamiento del desliz ha despertado, los resultados son insuficientes y contradictorios. Cooney y Kopel (1980) y Gottlieb y colaboradores (1981) sugieren que convencer al paciente de su capacidad para hacer frente a los deslices podría ser interpretado como un "permiso" para consumir.

Volviendo a la naturaleza del afrontamiento restaurativo, su objetivo sería minimizar la importancia de un desliz temporal, evitar la desmoralización y desarrollar la confianza personal en resistir la tentación de seguir consumiendo. Futuras investigaciones demostrarán si es conveniente o no incorporar un tratamiento específico para posibles deslices en el programa global del tratamiento.

### 3.2. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Los estudios que se agrupan en esta línea de trabajo subrayan la necesidad de incluir en el tratamiento del alcoholismo la enseñanza de respuestas o, hablando más técnicamente, de habilidades de afrontamiento que le permitan al alcohólico manejar las situaciones que están relacionadas con la recaída (Abrams et al., 1991; Chaney, O'Leary & Marlatt, 1978; Collier-Phillips & Marlatt, en prensa; Marlatt, 1985a, 1985e; Monti et al., 1990, 1989; Oei & Jackson, 1982; Oei, Lim & Young, 1991; Wells et al., 1989).

Las situaciones relacionadas con la recaída pueden ser, según hemos visto, de naturaleza muy variada: presión social, conflictos interpersonales, estados de ánimo negativos, estados de ánimo positivos, deseos de beber, querer probar el control personal, etc. A pesar de esta variedad de situaciones y de que existen diferencias interindividuales, se señala que hay una serie de situaciones que pueden considerarse comunes y más conflictivas para la mayoría de los alcohólicos (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Litman et al., 1977, 1979, 1983; Marlatt, 1985e; Marlatt & Gordon, 1980; Monti et al., 1990, 1989). Estas situaciones son cuatro, dos de ellas referidas al ámbito interpersonal y otras dos referidas al ámbito intrapersonal:

- Los conflictos con otras personas, ya sea en el área familiar, social o laboral.
  
- La presión social.
  
- Los estados de ánimo negativos, como el aburrimiento, la ansiedad o la frustración.
  
- Los deseos o "urgencias" de beber asociados a ciertos estímulos ambientales (ver u oler el licor favorito, entrar a determinados establecimientos...).

Prácticamente, todas estas situaciones incluyen circunstancias y problemas que ocurren con relativa frecuencia en la vida de cualquier persona, y no pueden ser eliminadas por ningún tratamiento. Pero como se decía en las investigaciones sobre estrés y salud, si bien no es posible proteger a la persona de la existencia de problemas, sí se le puede enseñar a prevenirlos o a afrontarlos de una manera más eficaz. Lo que se persigue desde esta línea de trabajo es, por consiguiente, entrenar al alcohólico en una serie de habilidades que le permitan afrontar eficazmente (es decir, sin alcohol) las situaciones que le incitan a beber.

Monti y colaboradores (1989) sugieren la enseñanza de dos tipos de "habilidades" para hacer frente a las situaciones de riesgo arriba mencionadas: habilidades

sociales y habilidades para el manejo de estados emocionales negativos. Según estos autores,

*"Las investigaciones sobre los precipitantes de la recaída han descubierto que las situaciones que suponen un alto riesgo para la recaída incluyen la frustración y el enfado interpersonales, la presión social, los estados de ánimo negativos intrapersonales y los deseos de beber asociados a ciertos estímulos... Este análisis sugiere que para prevenir la recaída, las estrategias de tratamiento necesitan centrarse en el desarrollo tanto de habilidades sociales para afrontar estresores interpersonales como de habilidades para el manejo ... de estados de ánimo negativo" (Monti et al., 1989, p. 18).*

De acuerdo con Monti y colaboradores (1990, 1989), entre otros, *las habilidades sociales* incluyen una serie de respuestas que tienen como objetivo aprender a manejar eficazmente diferentes situaciones interpersonales asociadas con la recaída (presión social, conflictos, reuniones sociales ...). Este aprendizaje incluye:

- La asertividad, o la expresión adecuada de las opiniones y sentimientos personales (enfado, orgullo, simpatía, etc.).
- El inicio y mantenimiento de conversaciones.
- Las habilidades de escucha.
- Dar y recibir cumplidos y críticas.
- El establecimiento de relaciones interpersonales.

La aplicación de estas habilidades sería oportuna cuando el alcohólico tiene dificultades en resistir la tentación de beber al verse presionado por el grupo de amigos o compañeros para que beba (fiestas, comidas de trabajo, etc.), al recibir críticas por su alcoholismo y al iniciar relaciones sociales.

Por otro lado, las *habilidades para el manejo de los estados de ánimo negativos* incluyen un conjunto de respuestas que tienen como objetivo proporcionar al alcohólico medios para afrontar sus deseos de beber y sus estados emocionales negativos. (aburrimiento, nerviosismo, enfado...). Estas estrategias son:

- *El entrenamiento en relajación*. Este método tiene como objetivo disminuir la ansiedad o la tensión que producen ciertas situaciones provocando en el paciente una respuesta fisiológica de relajación y distensión. Esta respuesta es incompatible con la de ansiedad y facilita un manejo más eficaz de la situación.

- *La reestructuración cognitiva*. Es una técnica que persigue la sustitución de ideas o pensamientos que incitan a beber ("me vendría bien un trago", "por un trago no me va a pasar nada", "me sentiré distinto si bebo") por pensamientos que neutralizan estos deseos. Estos pensamientos pueden consistir en ayudar a ver el problema desde otro punto de vista ("no es para tanto, a cualquiera puede pasarle", "puedo aguantar sin beber"), o en anticipar las consecuencias positivas a largo plazo de no beber ("me sentiré orgulloso si no bebo", "aunque ahora esté un poco nervioso, más tarde agradeceré que no haya bebido", "sólo es cuestión de esperar a que se me pasen las ganas").

- *El control de la situación*. Esta técnica tiene como primer objetivo identificar las situaciones o elementos que incitan a beber y, segundo, aprender a evitarlos (por ejemplo, no guardar alcohol en casa, no salir "de copas" con los amigos) o realizar actividades sustitutorias, planeadas ya de antemano (en vez de beber, leer, pasear, hacer algún deporte, etc.).

Los estudios realizados por varios autores en esta línea defienden la inclusión de programas sistemáticos de habilidades de afrontamiento en el tratamiento del alcohólico (Abrams et al., 1991; Chaney, O'Leary & Marlatt, 1978; Jackson & Oei, 1978; Monti et al., 1990, 1989; Oei & Jackson, 1980, 1982; Oei, Lim & Young, 1991; Rosenberg, 1983; Twentyman et al., 1982). Según estos autores, estos programas ayudan a los

pacientes a identificar sus situaciones de riesgo, les proporcionan medios para no tener que recurrir "necesariamente" al alcohol y contribuyen a que experimenten una percepción de control sobre su problema.

Para concluir este apartado de afrontamiento de la adicción, señalamos que disponer de respuestas conductuales y cognitivas que permitan afrontar adecuadamente el problema de alcoholismo y las situaciones que incitan a beber reduce la probabilidad de la recaída. Estas respuestas (llamadas habilidades de afrontamiento cuando el paciente necesita un entrenamiento específico en algún aspecto, como, por ejemplo, en asertividad), pueden adquirirse a través del tratamiento, y tienen como objetivo prevenir, resistir o reponerse lo antes posible de una recaída.

#### **4. DETERMINANTES DEL AFRONTAMIENTO**

Si afrontar adecuadamente el problema del alcoholismo y las situaciones de riesgo que incitan a beber es una condición necesaria para superar la adicción y mantenerse en abstinencia, ¿qué es lo que determina que el alcohólico adopte las respuestas de afrontamiento adecuadas?, o, en su defecto, ¿qué es lo que dificulta, lo que impide, que el alcohólico afronte su situación personal adecuadamente?

Como ya se ha visto en el capítulo 4, el modo de afrontar los problemas depende de varios factores (de la motivación de la persona, de sus recursos, de los medios materiales con los que cuenta, de las condiciones ambientales...). En el tema que nos ocupa, sucede lo mismo: el que un alcohólico afronte o no afronte una crisis de recaída está determinado también por una serie de variables (Litman et al., 1979; 1983; Marlatt, 1985c, 1985d; Shiffman, 1985, 1987; Wills & Shiffman, 1985), algunas de las cuales pasamos a comentar a continuación.

*En primer lugar*, la importancia que para el alcohólico tiene la superación de su problema, o el evitar la recaída en una situación dada, es un factor crucial para que dicho paciente afronte activamente su problema (Allsop, 1990). Es lo que se conoce tradicionalmente como *motivación para dejar de beber*.

Según Allsop (1990), permanecer en abstinencia implica una toma de decisión seria y deliberada que algunos alcohólicos no han hecho todavía, y no porque carezcan de habilidades de afrontamiento o de la confianza en sus posibilidades para resistir la tentación, como sostiene el enfoque cognitivo-conductual, sino porque, en parte, prefieren seguir bebiendo a mantenerse abstemios de por vida. En este deseo de seguir bebiendo, o de volver a beber, juegan un papel fundamental las expectativas de los efectos que produce el alcohol (Brown, 1985b; Connors, O'Farrell & Pelcovits, 1988; Oei & Jones, 1986). La anticipación de efectos positivos (como el sentirse más animado, más despreocupado o más valiente para afrontar ciertas situaciones) reduce el atractivo de la abstinencia y la motivación por dejar la bebida.

En estas situaciones, donde el alcohólico valora en cierta medida las consecuencias positivas de seguir bebiendo, es necesario trabajar la motivación para el cambio (dejar de beber) y sopesar con el paciente las ventajas y desventajas que trae consigo la bebida. El objetivo de esta estrategia motivacional (llamada "motivational interviewing") es reducir el atractivo del alcohol y la ambivalencia que los pacientes experimentan ante la abstinencia (Allsop & Saunders, 1989; Miller, 1983b; Miller & Rollnick, 1991; Trujols, Tejero & Abellanas, 1993). La ambivalencia es un estado que se observa con bastante frecuencia en la práctica clínica y se caracteriza por la existencia de sentimientos conflictivos y opuestos hacia algo, es el "querer y no querer", y frena a la persona de tomar la decisión y las acciones necesarias para efectuar un cambio. Es preciso, por tanto, considerar la ambivalencia como un aspecto más del tratamiento, en especial si queremos que el cambio sea duradero. Como dicen Miller y Rollnick (1991),

*"... trabajar con la ambivalencia es trabajar con el corazón del problema... ayudar a la gente a "liberarse" de su ambivalencia - que tome la decisión y se mueva en dirección del cambio... En realidad, si no se le ayuda al cliente a resolver su dilema de 'quiero, pero no quiero', los progresos que se hagan serán, probablemente, lentos y de corta duración" (Miller & Rollnick, 1991, p. 38).*

Concluyendo, querer dejar de beber de forma definitiva, vencer la ambivalencia, es uno de los factores más importantes para afrontar el problema del alcoholismo y rehabilitarse. Como dice Marlatt (1985c), " la motivación es un factor ... que juega un papel muy importante... proporciona la energía y el impulso para comprometerse con el cambio..." (p.381).

*En segundo lugar*, el entrenamiento que tiene el alcohólico en *respuestas o habilidades de afrontamiento* para hacer frente a la tentación de beber es otro de los factores que facilitará la adopción de medidas adecuadas. Las habilidades de afrontamiento, como hemos visto en este capítulo, son un recurso que permite al alcohólico rehabilitarse al proporcionarle el cómo, los medios, para conseguirlo. De aquí la importancia de esta variable en el tratamiento: se trata de que el paciente aprenda a afrontar las situaciones de riesgo sin recurrir a la bebida (Annis, 1990b; Marlatt, 1985a, 1985c, 1985e; Monti et al., 1990, 1989; Shiffman, 1985, 1987, 1989).

Marlatt (1985c) afirma que la motivación, a pesar de que es necesaria, en sí misma no es suficiente para conseguir dejar de beber. El autor sostiene lo siguiente,

*"...la motivación... no proporciona los medios para llevar a cabo este objetivo (dejar de beber). La motivación sin la capacidad de afrontamiento puede ser lo que los sujetos llaman fuerza de voluntad... la fuerza de voluntad se puede definir como la aplicación del intento en ausencia de habilidades de afrontamiento específicas... Sin motivación para cambiar, sin embargo, instruyendo meramente a la persona en habilidades de afrontamiento puede tener muy pocos resultados en el proceso de cambio. Ambas, motivación (el querer) y habilidades (el medio), deben ser consideradas como elementos cruciales del proceso de cambio..." (Marlatt, 1985c, p. 381).*

*En tercer lugar*, Shiffman (1985) señala dos factores situacionales que parecen condicionar el que se afronte o no una crisis de recaída: el tiempo que transcurre desde que la abstinencia ha sido conseguida y la aparición de situaciones de alto riesgo inesperadas.

En sus estudios, Shiffman encontró que los ex-fumadores que recaían era debido, en parte, a que a medida que transcurría el tiempo se iban confiando y practicaban menos las respuestas de afrontamiento necesarias. Un resultado similar han encontrado

Sánchez-Craig, Wilkinson y Walker (1987) con alcohólicos. en el sentido de que éstos tendían a olvidar las respuestas de afrontamiento aprendidas conforme iba transcurriendo el tiempo.

Así mismo, la aparición de situaciones comprometidas inesperadas, o que requieran respuestas difíciles de aplicar (Shiffman, 1985; Wills & Shiffman, 1985), es otro factor que reduce la probabilidad del afrontamiento.

*En cuarto lugar*, las creencias de control sobre la adicción influyen en el modo con que un alcohólico se enfrenta a su problema y sus recaídas. Las creencias más estudiadas han sido las expectativas de lugar de control, las de autoeficacia y las atribuciones causales que hacen los alcohólicos de sus deslices. Como se recordará, estas creencias forman lo que hemos denominado "*percepción de control*" (capítulos 6 y 7).

Muchos de los estudios relacionados con las expectativas de control y atribuciones causales apoyan, como hemos visto, la idea de que las creencias en la capacidad personal para superar la adicción es un factor esencial para la rehabilitación porque condicionan, en parte, el afrontamiento del alcohólico con su problema. Si el alcohólico cree que rehabilitarse está en sus manos, y quiere hacerlo, tomará las medidas necesarias para ello. Por el contrario, si cree que no es posible dejar de beber de forma definitiva, que escapa a su control, mostrará una conducta más pasiva y vacilante. Litman y colaboradores (1983) dicen:

*"... si los individuos se perciben a sí mismos como víctimas desamparadas de sus sentimientos, situaciones o personalidad, es menos probable que tomen medidas apropiadas y eficaces para evitar la recaída. Por otro lado, si una persona aprende conductas y estrategias de afrontamiento eficaces, se espera que esto lleve a cambios positivos en la autopercepción y autoeficacia" (Litman et al., 1983, p. 270).*

Como hemos venido comentando a lo largo de estos tres últimos capítulos, existe una relación estrecha entre las variables expectativas, atribuciones causales y afrontamiento. Veamos por pasos esta relación:

1. Las expectativas de control y las atribuciones nos dan una idea de la **percepción de control** que tiene un alcohólico sobre su adicción: si el alcohólico atribuye su abstinencia a causas internas, estables y controlables, su expectativa de control es alta; de la misma manera, si cree que las recaídas son algo muy inusual y que podría evitarlas, sus expectativas se mantienen. En este caso, tenemos una percepción de control sobre el problema. Por el contrario, si atribuye sus períodos de abstinencia a causas internas, inestables e incontrolables, su expectativa de control es pequeña; del mismo modo, si cree que sus recaídas son algo usual, estable, y difícilmente controlables, sus expectativas de control se reducen. En esta caso, tenemos una falta de percepción de control sobre el problema.

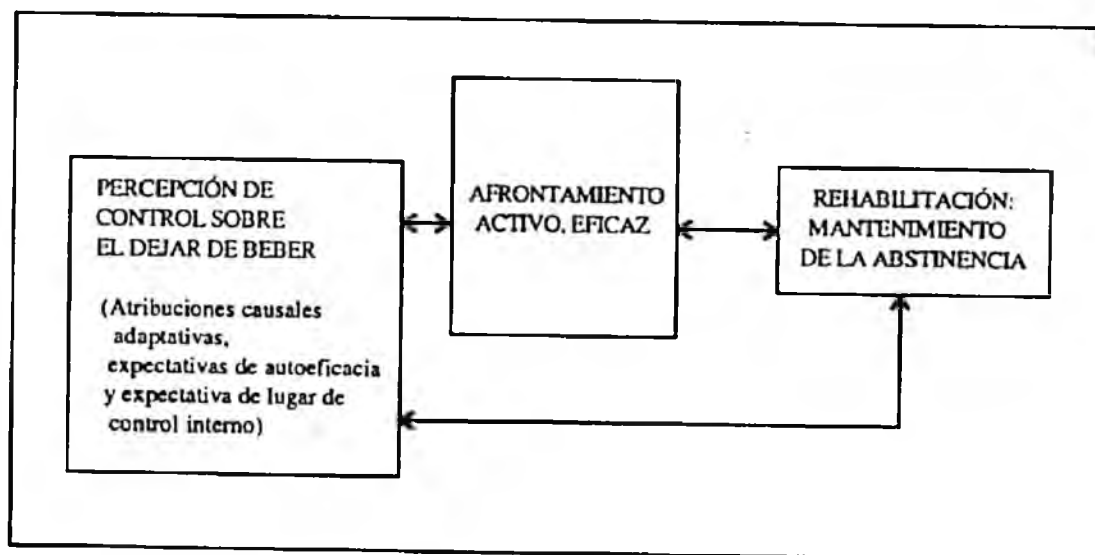
2. La percepción de control influye en la forma con que el alcohólico **afronta** el problema de la adicción así como las crisis de recaída. Si el alcohólico cree que está bajo su control dejar de beber de forma definitiva y se responsabiliza, intentará siempre tomar las medidas más oportunas para mantenerse en abstinencia, es decir, mostrará un afrontamiento activo. Por el contrario, si cree que no es responsable de su rehabilitación, que no está en sus manos dejar de beber, su afrontamiento será menos persistente que en el caso anterior, y adoptará conductas de evitación y/o de resignación.

3. Finalmente, y de acuerdo con la investigación cognitivo-conductual que venimos revisando, es de esperar que ambas variables, la percepción de control y el afrontamiento influyan en el proceso de **rehabilitación** del alcohólico, esto es, en el mantenimiento de su abstinencia: si el alcohólico cree que puede dejar de beber y afronta correctamente su problema, hay muchas probabilidades de que mantenga su abstinencia. Por el contrario, si el alcohólico cree que no puede dejar de beber de forma definitiva y afronta su problema con actitudes indecisas y pasivas, la probabilidad de que mantenga la abstinencia es pequeña.

Si bien la investigación sobre la percepción de control, el afrontamiento y el resultado del tratamiento está bastante avanzada, como dice Marlatt (1985c), necesitamos saber más. En estos términos se pronuncia el autor:

*"Otra área de investigación avanzada es la relación entre el afrontamiento, la autoeficacia y las atribuciones. Aunque la investigación revisada en este volumen y en otras partes apoya la idea de que los juicios de autoeficacia ...son predictivos del afrontamiento y resultado subsiguientes, necesitamos aprender más sobre los determinantes de la autoeficacia y cómo se puede aumentar en los programas de prevención y tratamiento del abuso de sustancias ... sabemos muy poco todavía del papel de las atribuciones ... y su impacto en el afrontamiento y juicios de autoeficacia futuros" (Marlatt, 1985c, pp. 382-383).*

La presente investigación pretende contribuir a conocer la relación entre estas variables: atribuciones, expectativas y afrontamiento, con el objetivo de comprobar, a su vez, la relación que tienen con el proceso de rehabilitación. Para ello, estudiamos la hipótesis, como reflejamos en el gráfico siguiente, de que una percepción de control



(Gráfico 33. Relación dinámica entre la percepción de control, el afrontamiento y la rehabilitación del alcohólico).

realista en el alcohólico que quiere dejar de beber se asocia con un afrontamiento activo y directo del problema, y ambos factores (percepción de control y afrontamiento) se asocian con la rehabilitación, es decir, con el mantenimiento de la abstinencia. Del mismo modo, el afrontamiento eficaz se asocia con el mantenimiento de la abstinencia, y ambos (afrontamiento y abstinencia) se relacionan con la percepción de control, estableciéndose una relación dinámica e interactiva entre las cogniciones y la conducta.

*Resumiendo* este capítulo, el afrontamiento o la forma con que el alcohólico afronta su problema de alcoholismo y las situaciones que le incitan a beber se considera, desde una perspectiva cognitivo-conductual, un factor clave en la prevención de recaída y mantenimiento de la abstinencia. Los motivos aducidos son los siguientes:

- 1) Se ha comprobado que reconocer las situaciones problemáticas que incitan al consumo de alcohol y afrontarlas eficazmente reduce la probabilidad de recaída.
- 2) "Afrontar eficazmente" supone aprender una serie de respuestas (conductuales y cognitivas), alternativas a la de "beber alcohol", que permitan al alcohólico solucionar de forma más adaptativa sus problemas y/o reducir sus efectos negativos.
- 3) Las respuestas o habilidades de afrontamiento se ofrecen como una estrategia terapéutica que puede ser enseñada en el tratamiento.
- 4) Disponer de respuestas para afrontar la tentación de beber anima al alcohólico en su proyecto de abstinencia y contribuye a aumentar la percepción de control sobre su adicción.

## **SÍNTESIS SECCIÓN II**

El enfoque **cognitivo-conductual** se presenta como un instrumento más para abordar, teórica y terapéuticamente, la faceta del tratamiento del alcoholismo. Su centro de interés lo constituyen las variables psicológicas (cognitivas, conductuales, afectivas) y ambientales que se han descubierto que están involucradas en el proceso de rehabilitación, bien favoreciéndolo bien dificultándolo. A pesar de su interés por las dimensiones psicológica y social, este enfoque reconoce también la importancia de la dimensión biológica en el estudio y tratamiento del alcohólico.

La aplicación del enfoque cognitivo-conductual al tratamiento del alcoholismo tiene dos objetivos: 1) la identificación de factores que se asocian con la recaída y con el mantenimiento de la abstinencia y 2) el desarrollo de estrategias que ayuden a superar uno de los problemas más importantes con que se tropieza este tratamiento: la prevención de recaídas.

En líneas generales, este enfoque considera que la probabilidad de la recaída o, en su defecto, de mantener la abstinencia es el resultado de la combinación de una serie de factores, combinación que puede ser diferente en cada alcohólico. Estos factores son: las situaciones de riesgo, las creencias de control y de los efectos que provoca el alcohol, y las respuestas de afrontamiento. Concretamente, el enfoque cognitivo-conductual sostiene que la probabilidad de la recaída aumenta cuando el alcohólico se encuentra con una *situación de riesgo* (presión social, problemas familiares, estados de ánimo negativos) que le incita a beber, y para la cual no dispone de una *respuesta de afrontamiento* que le permita hacer frente a la situación de forma eficaz. En esta situación, el alcohólico experimenta una disminución de su confianza en resistir la tentación de beber (*expectativa de autoeficacia*), a la vez que ve aumentadas las *expectativas de los efectos positivos* que provoca el alcohol. La disminución de la autoeficacia y la anticipación de los efectos positivos favorecen un primer consumo de alcohol. Posteriormente, y de acuerdo con este enfoque, la *atribución* del primer consumo a causas internas e incontrolables y la esperanza de reducir sus estados emocionales negativos con sucesivas ingestas aumentan la probabilidad de una recaída total e incontrolada.

Por otra parte, y según el mismo modelo, la prevención de la recaída tiene lugar cuando el alcohólico dispone de respuestas de afrontamiento eficaces para afrontar cualquier situación de riesgo que se le pueda presentar y cuando confía en sus capacidades para resistir la tentación de beber. Afrontamiento y confianza personal (o, dicho de otra manera, percepción de control) son, por tanto, dos de los factores que,

según el enfoque cognitivo-conductual, se hallan involucrados en el proceso de rehabilitación del alcohólico: su presencia constituye una protección frente a la recaída; su ausencia dificulta el mantenimiento de la abstinencia. Veamos a continuación en qué consisten estos dos factores (percepción de control y afrontamiento) y la relación que guardan entre ellos y también con la abstinencia.

**La percepción de control** se define como la creencia de control, de dominio, que tiene un alcohólico sobre su adicción, sobre el dejar de beber. Es una creencia opuesta a la idea de que no se puede hacer nada frente a los imperativos de la dependencia; por el contrario, refleja la confianza, la seguridad, del alcohólico en que, si quiere, puede dejar de beber y permanecer en abstinencia. Desde el enfoque cognitivo-conductual, se asume que disponer de esta creencia de control anima a afrontar los problemas de una manera diferente y más eficaz a que si se cree que uno no es capaz de controlarlos. Diversas investigaciones en el campo del alcoholismo han demostrado efectivamente que esta variable de percepción de control discrimina a abstinentes de reincidentes y que se asocia con el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

Para conocer el grado en que el alcohólico percibe control sobre su problema se ha recurrido en la literatura a los conceptos de *expectativas de control y atribuciones causales*. Las expectativas de control se refieren a la anticipación de un hecho, son creencias sobre el futuro ("soy capaz de resistir la tentación de beber", "no está bajo mi control dejar de beber"). Dentro de las expectativas, se han distinguido dos tipos: la expectativa de lugar de control sobre el refuerzo y la expectativa de autoeficacia.

**La expectativa de lugar de control** sobre la adicción se refiere a la creencia del alcohólico sobre si *dejar de beber* está bajo su control, si es contingente con sus esfuerzos y su conducta, o si depende de factores externos que están más allá de su control y responsabilidad, como son la suerte o el destino. **La expectativa de autoeficacia**, por su parte, indica la medida en que el alcohólico se cree *capaz de afrontar* sin bebida una serie de situaciones calificadas de alto riesgo porque incitan a beber (situaciones sociales, de presión, estados de ánimo negativos, problemas familiares, etc.). Ambas expectativas, a su manera, permiten conocer la percepción de control de cada paciente respecto a su problema, sus esperanzas de recuperación y las situaciones donde encuentran más dificultades para permanecer sin beber.

Si bien las expectativas han recibido una gran atención en la investigación y se ha demostrado que son uno de los factores que explican la conducta, poco se ha estudiado sobre sus antecedentes. ¿Por qué un alcohólico tiene grandes expectativas de mantenerse en abstinencia y otro duda de sus capacidades para lograrlo? El enfoque atribucional, en base a sus estudios, señala que son las atribuciones causales que hacen los alcohólicos de sus éxitos y fracasos en dejar de beber las responsables, en gran medida, de sus expectativas futuras.

Las atribuciones se definen como las explicaciones causales que dan los alcohólicos a su abstinencia y/o recaídas, son las causas que ellos creen que han provocado estos resultados. Según el modelo atribucional, el estudio de la causalidad es importante porque permite entender la relación que hay entre la interpretación que se da a algo ya ocurrido (pasado) o hipotético, las esperanzas que se guardan con respecto al futuro y la forma en que se actúa. Aunque causas para explicar los éxitos y fracasos hay muchas, es posible estudiar la causalidad porque todas ellas tienen tres propiedades o *dimensiones*: internalidad, estabilidad y controlabilidad. Se asume que son estas dimensiones las responsables de la relación atribuciones-expectativas-conducta. Así, se establece la hipótesis de que si el alcohólico atribuye el éxito en mantener la abstinencia a causas internas, estables y controlables (como disponer de recursos y la determinación necesarios), esperará en un futuro seguir manteniendo la abstinencia. Hemos llamado a estas atribuciones adaptativas. Pero si interpreta sus períodos de abstinencia como debidos a la suerte o a circunstancias favorables (causas inestables e incontrolables), sus expectativas de seguir manteniéndose sin beber disminuirán. Estas interpretaciones reciben el nombre de atribuciones desadaptativas.

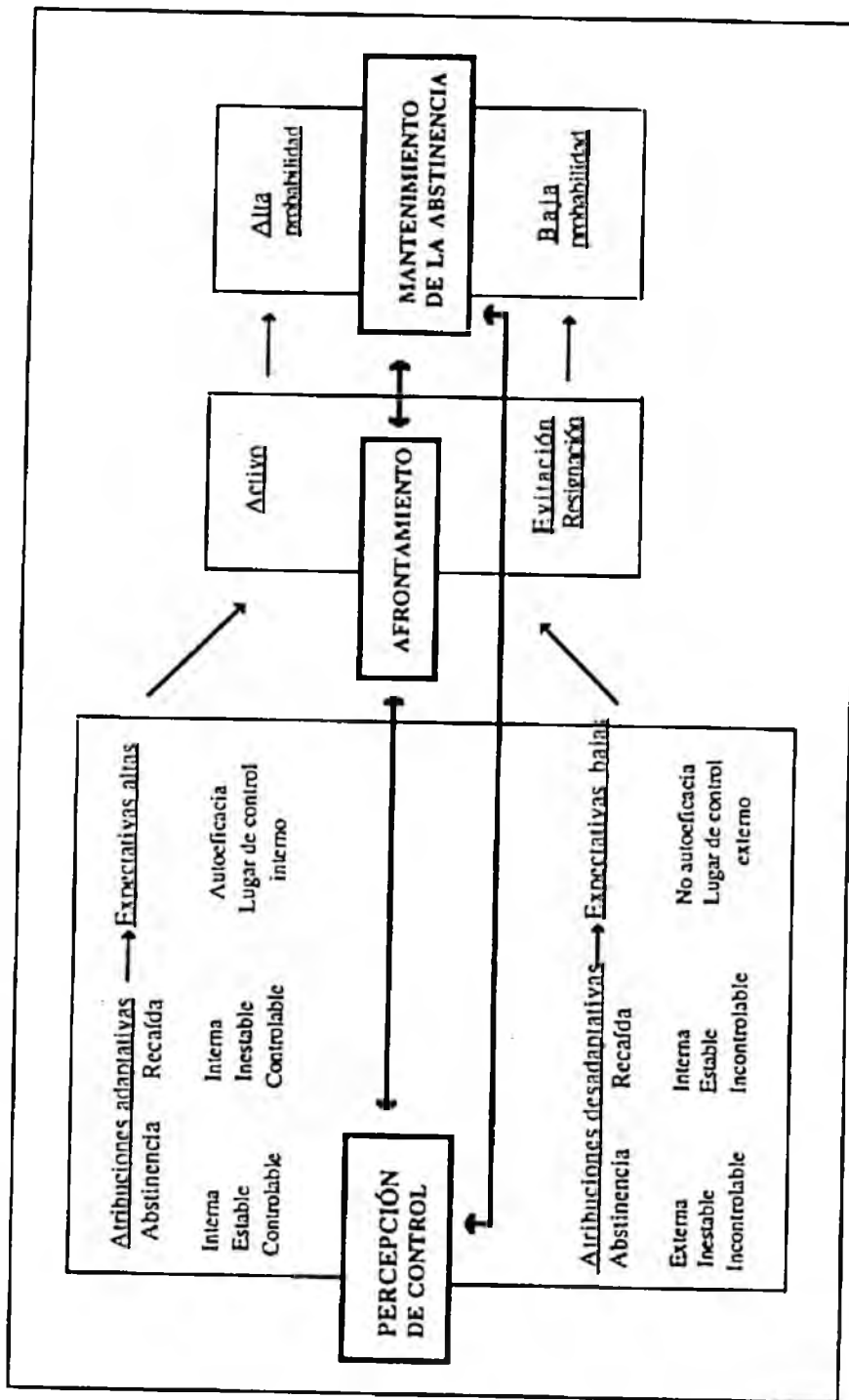
Lo mismo que sucede con la interpretación de la abstinencia, sucede con la interpretación de las recaídas. Si el alcohólico interpreta la recaída como algo muy inusual y que podría evitar que ocurriera (causa inestable y controlable), la expectativa de control es alta. Mientras que si considera que las recaídas son algo muy frecuente en su historia personal y que no puede hacer nada para evitarlas (causa estable e incontrolable), sus expectativas de control sobre la adicción serán muy pequeñas. En el primer caso, las atribuciones serán adaptativas y en el segundo, desadaptativas.

A modo de resumen, podemos decir que las causas que se dan para explicar la abstinencia y la recaída pueden ser internas-externas, estables-inestables y controlables-incontrolables. Como hemos visto, el tipo de causa ofrecida no es indiferente sino que,

por el contrario, influirá en las expectativas hacia el futuro. De aquí la importancia de las atribuciones. Y ambas, atribuciones y expectativas, dan como resultado una percepción de control, una creencia de seguridad y confianza en las capacidades personales para hacer frente a las situaciones que incitan a beber.

De acuerdo con el modelo cognitivo-conductual, las creencias son variables de personalidad importantes porque determinan, al menos en cierta medida, el modo con que se afrontan los problemas. Y este modo determina, a su vez, los resultados que se obtienen en la vida. El afrontamiento es la otra variable de estudio en este trabajo, y se define como el conjunto de esfuerzos o de respuestas cognitivas y conductuales que dan los alcohólicos para manejar su problema y las situaciones que le incitan a beber. Si bien existen muchas maneras de afrontar las situaciones, el afrontamiento puede clasificarse en tres categorías: puede ser activo, cuando el alcohólico trata de solucionar sus problemas; puede ser de evitación y alejamiento del problema; o puede ser de resignación. Estudios realizados con esta variable indican que afrontar activa y eficazmente el problema y las situaciones que precipitan la recaída se asocia con un mantenimiento de la abstinencia y que, por el contrario, no afrontarlas o hacerlo de manera inadecuada aumenta la probabilidad de recaídas.

Concluyendo, el enfoque cognitivo-conductual sostiene que la percepción de control y el afrontamiento activo del problema de alcoholismo son factores que juegan un papel importante en la rehabilitación del alcohólico y que no hay que subestimar o descuidar. La razón de esta importancia, tal y como se refleja en el gráfico de la página siguiente, se debe a la relación tan estrecha que hay entre la percepción de control, el afrontamiento y la abstinencia. Percibir que se tiene control sobre el dejar de beber (atribuir la abstinencia y una hipotética recaída a causas adaptativas y tener expectativas de control) favorece un afrontamiento activo del problema, un mayor esfuerzo y una constancia a pesar de la existencia de dificultades; en cambio, percibir que el dejar de beber está más allá del control personal (atribuir la abstinencia y la recaída a causas maladaptativas y no tener expectativas de control) disuade de la lucha y favorece la evitación y/o la resignación ante el problema. A mayor percepción de control y mejor afrontamiento, mayores probabilidades de mantener la abstinencia; por el contrario, a menor percepción de control y peor afrontamiento, la probabilidad que aumenta es la de la recaída.



(Gráfico 34. Relación entre la percepción de control -atribuciones causales y expectativas-, el afrontamiento y el mantenimiento de la abstinencia).

Una vez identificados algunos de los factores que explican y predicen el mantenimiento de la abstinencia y la recaída, otro objetivo del enfoque cognitivo-conductual es el desarrollo de estrategias que ayuden a prevenir las recaídas. Estas estrategias son cognitivas y conductuales, y tienen como fin desarrollar en el alcohólico recursos, habilidades, para que pueda permanecer en abstinencia una vez terminado el tratamiento y fuera ya de la vigilancia estrecha del terapeuta y de familiares. Las estrategias básicamente consisten en:

1. *Identificar las creencias erróneas* en torno a) a los efectos que el alcohólico cree que le produce el alcohol y b) a sus capacidades para hacer frente a su adicción. Una vez identificadas las creencias, éstas se analizan, se discuten, se argumentan pros y contras, se ofrece evidencia, y se sustituyen paulatinamente las creencias erróneas por otras más realistas. Un modo de garantizar este cambio de creencias, y que consiste a su vez en otra de las estrategias de este enfoque, es que el alcohólico experimente por su cuenta la posibilidad de estar sin beber, esto es, que afronte sus problemas sin recurrir a la bebida.

2. *Afrontar eficazmente el problema del alcoholismo y las situaciones que incitan a beber.* El afrontamiento eficaz requiere una serie de pasos:

- El paso primero es conocer las situaciones problemáticas o de alto riesgo que a cada alcohólico le incitan a beber.
- El paso segundo es preparar un plan estructurado en el que se jerarquizan las situaciones de menor a mayor dificultad y se le va instando al paciente a que afronte esas situaciones.
- Y el paso tercero es discutir con el alcohólico distintas formas de responder ante estas situaciones (buscando actividades sustitutorias, anticipando las consecuencias positivas de no beber...) y/o entrenarle en habilidades de afrontamiento específicas acordes con sus necesidades (habilidades sociales, de asertividad, de resolución de problemas, relajación, etc.).

Las estrategias cognitivo-conductuales persiguen que el alcohólico adquiera "armas", medios, para hacer frente a su adicción. Si la falta de percepción de control y el

afrentamiento equivocado del problema de alcoholismo se ha descubierto que son antecedentes de la recaída, es preciso, entonces, dotar al alcohólico de un sentimiento de confianza y de respuestas de afrontamiento alternativas a las de beber para cuando se enfrente con dificultades o deseos de consumo. Disponer de estas respuestas alternativas favorecerá la confianza del alcohólico en sus capacidades para resistir y prevenir la recaída, y esta confianza facilitará, a su vez, el afrontamiento activo. Y ambos, percepción de control y afrontamiento activo del problema, aumentarán la probabilidad de que el el alcohólico se mantenga en abstinencia.

## **PARTE II: MARCO EMPÍRICO**

El objetivo de los dos capítulos que componen el marco empírico es someter a prueba empírica la hipótesis principal que se ha defendido en el marco teórico. Como se recordará, esta hipótesis sostiene que la percepción de control que tiene un alcoholíco sobre su adicción se asocia con determinadas formas de afrontar el problema, y que ambos aspectos (percepción de control y afrontamiento) se relacionan con el proceso de rehabilitación y su resultado (abstinencia o recaída).

El método empleado para probar empíricamente esta proposición es correlacional. Con este método no se puede hablar de causalidad o influencia, sino de relaciones entre variables. El objeto de este estudio empírico será, por tanto, comprobar si existen las relaciones previstas entre las variables (la percepción de control, el afrontamiento activo y la abstinencia), así como el grado o la fuerza de esta relación.

## **CAPÍTULO IX: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO EMPÍRICO**

El presente capítulo está dividido en tres apartados: en el primero se enuncian los objetivos general y específicos; en el segundo se formulan las hipótesis y se definen las variables empleadas; y en el tercero se describe la metodología utilizada, en la que se detalla: la muestra y los criterios de selección, los instrumentos utilizados para medir las variables, el procedimiento seguido y los análisis estadísticos.

## 1. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este estudio empírico es comprobar si la percepción de control sobre la adicción y la forma en que se afronta dicho problema se relacionan con el grado de rehabilitación del alcohólico.

Este objetivo general se concreta en **6 objetivos específicos** que se tratan de cumplir en dos fases distintas del estudio:

A) Una primera fase en la que se estudia si las variables psicológicas "percepción de control" y "afrontamiento" están asociadas al mantenimiento de la abstinencia <sup>19</sup>. Esta fase tiene los siguientes objetivos específicos:

- 1) Identificar la percepción de control de que disponen los alcohólicos sobre su adicción.
- 2) Identificar las pautas de afrontamiento que adoptan los alcohólicos ante la resolución de su problema.

---

<sup>19</sup> Como ya se ha expresado en el capítulo 5, limitamos el término de rehabilitación al mantenimiento de la abstinencia, por entender que ésta es la condición necesaria para que el alcohólico venza su adicción y se recupere física y psíquicamente.

3) Conocer la relación que existe entre la percepción de control y el afrontamiento, por un lado, y el tiempo de abstinencia que presentan los alcohólicos en el momento de ser entrevistados, por otro.

4) Conocer así mismo la relación que existe entre ciertas variables sociodemográficas y de historia de alcoholismo, por una parte, y el tiempo de abstinencia que presentan los alcohólicos en el momento de ser entrevistados, por otra.

**B) Una segunda fase, llamada fase de seguimiento, en la que se trata de responder esta pregunta: ¿las variables psicológicas señaladas explican y predicen el resultado (abstinencia o recaída) que los sujetos presentarán a los 6 meses de haber sido entrevistados? Esta fase tiene los siguientes objetivos:**

5) Conocer el porcentaje de alcohólicos abstinentes y reincidentes a los 6 meses de haber sido entrevistados.

6) Conocer el grado en que ciertas variables predicen este resultado de abstinencia o reincidencia y explican las diferencias entre ambos grupos de sujetos. Estas variables son:

- Variables psicológicas.
- Variables sociodemográficas.
- Variables de historia de alcoholismo.

Podemos considerar, en cierto modo, esta fase de seguimiento como una prueba de la validez predictiva que tienen nuestros factores psicológicos en el mantenimiento de la abstinencia a medida que transcurre el tiempo. Es decir, podremos comprobar si existe relación y coherencia entre los datos que los alcohólicos proporcionan en el momento de ser entrevistados y el resultado que muestran a los 6 meses de esta entrevista.

## 2. HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1. HIPÓTESIS

Se han formulado 8 hipótesis para cumplir los objetivos propuestos en las dos fases de este estudio. Comenzaremos por las hipótesis referidas a la fase primera, y después formularemos las referidas a la fase segunda.

Las hipótesis de la fase primera son 6:

**Hipótesis 1:** Existe una relación mutua entre las distintas medidas que forman la percepción de control sobre la adicción: las atribuciones causales, la expectativa de autoeficacia y la expectativa de lugar de control. Esta relación es como sigue: cuanto más adaptativas son las atribuciones causales que hacen los alcohólicos de sus éxitos y fracasos en dejar de beber, mayores son, con respecto a la superación del problema, sus expectativas de autoeficacia y de lugar de control interno.

**Hipótesis 2:** Existe una relación mutua entre la percepción de control y el afrontamiento del alcohólico ante su problema, en el sentido de que cuanto mayor es la creencia de que el dejar de beber está bajo control, mayor es el afrontamiento activo y menor la evitación y la resignación.

**Hipótesis 3:** La percepción de control se relaciona con la abstinencia, en el sentido de que a mayor percepción de control sobre la adicción, mayor es el tiempo de abstinencia; así mismo, la percepción de control diferencia significativamente a los alcohólicos "rehabilitados" de los alcohólicos que están

"en proceso de rehabilitación", en el sentido de que son los primeros los que se caracterizan por una mayor percepción de control.

Esta hipótesis se desglosa en tres subhipótesis:

**Subhipótesis 3.1:** Las atribuciones causales del éxito y fracaso en dejar de beber se relacionan con la abstinencia, en el sentido de que cuanto más adaptativas son las atribuciones causales, mayor es el período de abstinencia.

**Subhipótesis 3.2:** Las expectativas de autoeficacia en resistir la tentación de beber en las situaciones de alto riesgo se asocian positivamente con la abstinencia, en el sentido de que a mayor expectativa de autoeficacia, mayor es el periodo de abstinencia.

**Subhipótesis 3.3:** La expectativa de lugar de control sobre el dejar de beber se relaciona con la abstinencia, en el sentido de que cuanto más interno es el lugar de control, mayor es el periodo de abstinencia.

**Hipótesis 4:** Las pautas de afrontamiento se relacionan con la abstinencia, en el sentido de que cuanto más activo es el alcohólico afrontando su problema, menos lo evita y menos se resigna ante él, mayor es su período de abstinencia; así mismo, el afrontamiento diferencia a los alcohólicos "rehabilitados" de los alcohólicos "en proceso de rehabilitación", en el sentido de que son los primeros los que afrontan su problema de forma más activa, lo evitan menos y se resignan menos.

**Hipótesis 5:** Las variables sociodemográficas no guardan una relación significativa con la abstinencia.

**Hipótesis 6:** Las variables de historia de alcoholismo (también llamadas de cronicidad) se relacionan poco con la abstinencia, a excepción de las variables

"tiempo de tratamiento médico" y "tiempo de asistencia a grupos de autoayuda"; en este sentido, se espera encontrar que cuanto mayor sea la asistencia a la consulta médica y/o al grupo, mayor sea el tiempo de abstinencia. Así mismo, no se espera hallar diferencias significativas en variables de cronicidad entre los alcohólicos "rehabilitados" y los alcohólicos "en proceso de rehabilitación", a excepción del tiempo de tratamiento médico y/o de asistencia al grupo; en este sentido, los alcohólicos "rehabilitados" se caracterizarán por llevar más tiempo acudiendo a la consulta médica y/o al grupo.

Las hipótesis referidas a la fase del seguimiento son dos:

**Hipótesis 7:** Las variables sociodemográficas y las de historia de alcoholismo no discriminan significativamente a los alcohólicos reincidentes de los abstinentes transcurridos 6 meses, a excepción de tres variables: el "tiempo de abstinencia previo", la "asistencia al tratamiento médico" y "la asistencia al grupo de autoayuda". En este sentido, se espera que los alcohólicos que hayan recaído se caractericen por llevar sin beber menos tiempo y por acudir a la consulta y/o al grupo en menor medida que los alcohólicos que mantienen su abstinencia.

**Hipótesis 8:** Las variables psicológicas (percepción de control y afrontamiento) discriminan significativamente a los alcohólicos reincidentes de los abstinentes transcurridos 6 meses; en este sentido, se espera que los alcohólicos que hayan recaído se caractericen por una percepción de control sobre el problema y por un afrontamiento activo menores, y por una mayor evitación y resignación que los alcohólicos que mantienen su abstinencia.

## 2.2. VARIABLES

Las variables que hemos utilizado en la formulación de las hipótesis se pueden dividir en tres grupos:

- A. Variables psicológicas.
- B. Variables sociodemográficas.
- C. Variables de historia de alcoholismo o cronicidad.

### 2.2.1. VARIABLES PSICOLÓGICAS

Las variables psicológicas son las siguientes:

- 1. Percepción de control:
  - 1.1. Atribuciones causales del éxito/fracaso en dejar de beber.
  - 1.2. Expectativa de autoeficacia.
  - 1.3. Expectativa de lugar de control.
- 2. Pautas de afrontamiento.

1) **Percepción de control.** En este contexto, se entiende por percepción de control la creencia de dominio y control que un alcohólico tiene sobre la superación de su adicción, esto es, sobre el dejar de beber. Es una creencia opuesta a la idea de que el alcoholismo y las recaídas son algo incontrolable y que poco se puede hacer para superarlos.

Dentro de la percepción de control se distinguen tres variables:

1.1. **Atribuciones causales.** En este contexto, son las explicaciones causales que da el alcohólico a sus éxitos en dejar de beber (abstinencia) y/o a sus fracasos (recaída).

Desde la perspectiva temporal, las atribuciones hacen referencia al pasado, son evaluaciones de algo ocurrido (éxito o fracaso en dejar de beber). Las causas, aunque muchas, pueden clasificarse según esta triple dimensión:

- *Internas o externas.* Si la causa reside en el alcohólico o si la causa reside fuera de él, respectivamente.

- *Estables o inestables.* Si la causa es algo permanente en el tiempo o si la causa es algo transitorio, respectivamente.

- *Controlables e incontrolables.* Si la causa está bajo el control del alcohólico u otras personas o si la causa no está bajo el control de nadie, respectivamente.

Nos referimos por atribuciones adaptativas a aquellas que describen la causa del éxito en dejar de beber como interna, estable y controlable; y aquellas que describen la causa de un fracaso (o recaída) como interna, inestable y controlable. Las atribuciones desadaptativas, por su parte, describen la causa del éxito en dejar de beber como externa, inestable e incontrolable; y describen la causa de un fracaso como interna, estable e incontrolable.

**1.2. Expectativa de autoeficacia.** En este contexto, es el juicio que se forma el alcohólico sobre su capacidad para resistir la tentación de beber en una variedad de situaciones calificadas de alto riesgo porque incitan a beber. Estas situaciones incluyen circunstancias personales y sociales, positivas y negativas.

**1.3. Expectativa de lugar de control del refuerzo.** En este contexto, es la creencia que tiene el alcohólico sobre si dejar de beber (dejar de beber entendido como refuerzo) está en sus manos o es independiente de sus esfuerzos.

Se conoce como *lugar de control interno* la creencia de que dejar de beber es contingente con las propias acciones y esfuerzos personales. Y *lugar de control externo* la creencia de que dejar de beber no es contingente con los propios esfuerzos y depende de fuerzas externas, como la suerte o el destino.

Ambas expectativas (autoeficacia y lugar de control), desde la perspectiva temporal, se refieren al futuro.

2) **Pautas de afrontamiento.** Son las respuestas que da el alcohólico ante su problema de alcoholismo. Estas pautas pueden dividirse en tres clases:

a) *Afrontamiento activo.* Esta pauta se caracteriza por el esfuerzo deliberado y persistente en solucionar el problema de la adicción.

b) *Evitación.* Esta pauta se caracteriza por los intentos voluntarios de olvidar y evadirse del problema de adicción.

c) *Resignación.* Esta pauta se caracteriza por la renuncia y el abandono de la lucha por solucionar el problema de la adicción.

### 2.2.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las variables sociodemográficas investigadas son las siguientes:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Nivel de estudios.
4. Situación laboral.
5. Estado civil.

### 2.2.3. VARIABLES DE HISTORIA DE ALCOHOLISMO

Dentro de esta categoría, y como se refleja en el siguiente cuadro, diferenciamos dos grupos: 1) uno, en el que se señala lo que entendemos por alcohólico, abstinencia y recaída; 2) otro, en el que se detallan las variables de historia de alcoholismo o cronicidad propiamente dichas.

- |    |  |
|----|--|
| 1) | 1. Alcohólico.<br>2. Abstinencia.<br>3. Recaída.   |
| 2) | 4. Severidad del trastorno.<br>5. Dependencia del alcohol.<br>6. Duración del problema.<br>7. Tiempo de tratamiento.<br>8. Tiempo de asistencia a grupos de autoayuda. |

Las definiciones de las variables del primer grupo es como sigue:

1) **Alcohólico.** Definimos como alcohólico a la persona que sufre de dependencia del alcohol según los criterios de diagnóstico establecidos por el DSM-III-R (1987). Según esta clasificación, el alcoholismo es un trastorno mental que se caracteriza por unos síntomas que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso del alcohol y sigue utilizándolo a pesar de sus consecuencias adversas.

2) **Abstinencia.** Entendemos por abstinencia el periodo de tiempo ininterrumpido que lleva un alcohólico sin beber alcohol en el momento de ser entrevistado. Esta variable se ha considerado de dos formas:

- *Como variable continua*, contando el tiempo (en meses) que llevan los sujetos sin beber.

- *Como variable categórica*, estableciendo grupos de alcohólicos en función del periodo que llevan sin beber. Hemos distinguido tres grupos:

a) **Grupo de "rehabilitados"**. En este grupo se incluyen los alcohólicos que llevan como mínimo 1 año ininterrumpido sin beber.

Se ha elegido este criterio temporal tomando como referencia el mundo de la clínica. Profesionales y asociaciones de alcohólicos consideran que es necesario un año mínimo de abstinencia para empezar a hablar de recuperación con cierta garantía.

b) **Grupo "en proceso de rehabilitación"**. En este grupo se incluyen los alcohólicos que llevan un período inferior a los 12 meses sin beber. A su vez, en este grupo diferenciamos dos:

**Grupo 1.** Se incluyen en este grupo a los alcohólicos que no llevan un período de abstinencia superior a los 3 meses.

Se ha elegido el criterio temporal de 3 meses atendiendo a la literatura que describe la dificultad de permanecer en abstinencia los tres primeros meses.

**Grupo 2.** Se incluyen en este grupo a los alcohólicos que llevan períodos de abstinencia entre los 4 y 11 meses. Vendría a ser un grupo "a caballo" entre los dos anteriores, debido a que han pasado la "barrera" de los 3 meses pero no han cumplido el requisito del año de abstinencia.

La elección de estos criterios temporales (3 y 12 mese) es en gran medida arbitraria, y responde al interés de describir el proceso de tratamiento y rehabilitación, desde un punto de vista cognitivo-conductual, en tres fases:

1) cuando el alcohólico trata de dejar la bebida (esta fase se corresponde con el primer grupo de alcohólicos que están "en proceso de rehabilitación", esto es, llevan  $\leq 3$  meses sin beber);

2) cuando el alcohólico trata de mantener la abstinencia (esta fase se corresponde con el segundo grupo de alcohólicos que están "en proceso de rehabilitación"; es decir, llevan entre 4 y 11 meses sin beber); y

3) cuando el alcohólico estabiliza dicha abstinencia (esta fase se corresponde con el grupo de "rehabilitados", o tercer grupo, que llevan  $\geq 12$  meses sin beber).

Las etiquetas de los grupos van entrecomilladas para expresar que no asumimos que los alcohólicos estén o no definitivamente rehabilitados.

3) **Recaída y alcohólico reincidente.** Se define como el consumo de alcohol durante los 6 meses establecidos y como el alcohólico que ha realizado algún consumo de alcohol durante ese período, respectivamente.

Las variables de historia de alcoholismo o cronicidad son las siguientes:

4) **Severidad del alcoholismo.** Es la gravedad que ha alcanzado el trastorno y se refleja por la medida en que el consumo de alcohol afecta a aspectos físicos, personales y sociales del interesado.

5) **Dependencia del alcohol.** Es el estado físico y psíquico que se caracteriza por una compulsión recurrente a beber alcohol, ya sea de modo continuo o periódico, para sentir sus efectos y/o reducir el malestar de la abstinencia.

6) **Duración del problema.** Entendemos por duración del problema el periodo de tiempo transcurrido desde que, en palabras del afectado, comenzó su dependencia hasta el momento en el que fue entrevistado. Esta variable se ha medido en meses.

7) **Tiempo de tratamiento.** Se define como el periodo de tiempo que el afectado, según sus propias palabras, ha estado en tratamiento médico, ya sea de forma interrumpida o continua. Esta variable se ha medido en meses.

8) **Tiempo de asistencia a grupos de autoayuda.** También llamada tratamiento de grupo o grupal, se define como el periodo de tiempo que, según el afectado, ha estado asistiendo a terapias de asociaciones de alcohólicos. Esta variable, del mismo modo que las anteriores, se ha medido en meses.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra o conjunto de sujetos que participaron en esta investigación y con los que se comprobaron las hipótesis formuladas estaba constituida exclusivamente por sujetos alcohólicos. En el momento de ser entrevistados, los sujetos participantes recibían tratamiento médico y/o grupal en centros y asociaciones de la zona denominada Bajo Ibaizábal, provincia de Vizcaya. El Bajo Ibaizábal es una zona geográfica que comprende los municipios de Bilbao y los de las márgenes derecha e izquierda de la ría bilbaína.

Los centros que han colaborado con esta investigación son los siguientes:

- 1) Centro de salud mental de Uribe Costa (Guecho).
- 2) Módulo de asistencia psicosocial de San Ignacio (Bilbao).
- 3) Módulo de asistencia psicosocial de Recalde (Bilbao).
- 4) Módulo de asistencia psicosocial de Irala (Bilbao).
- 5) Unidad de toxicomanías de Novia Salcedo (Bilbao).
- 6) Clínica Indauchu (Bilbao).
- 7) Cruz de Oro (Bilbao).

- 8) Residencia Lur-Berri Etxea. Cáritas (Bilbao).
- 9) Unidad de toxicomanías de Baracaldo (Baracaldo).
- 10) Centro de salud mental de Sestao (Sestao).
- 11) Centro de salud mental de Santurce (Santurce).
- 12) Alcohólicos Anónimos (Bajo Ibaizábal).

Todos los centros de salud mental y las unidades de toxicomanías pertenecen al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Los módulos de asistencia psicosocial son centros concertados, y la clínica Indauchu es un centro privado. Finalmente, Alcohólicos Anónimos, la Cruz de Oro y Cáritas son asociaciones de ayuda sin ánimo de lucro. El tratamiento de los centros médicos se caracteriza por ser predominantemente farmacológico y, en ocasiones, va acompañado de psicoterapia individual y/o familiar.

La muestra se ha extraído de un colectivo de aproximadamente 1530 alcohólicos<sup>20</sup>. El procedimiento para la selección ha sido el de entrevistar a todos aquellos sujetos alcohólicos que, informados previamente por el centro o la asociación, se prestaban a participar en el estudio de forma voluntaria. Los sujetos debían de cumplir una serie de requisitos para poder ser incluidos en la muestra :

- No estar diagnosticados de ningún trastorno psiquiátrico grave asociado al alcoholismo. El alcoholismo debe ser el diagnóstico primario.
- No estar diagnosticados de ningún síndrome cerebral orgánico.
- No presentar ninguna otra adicción a sustancias o al juego.
- Saber leer y escribir.
- Estar de acuerdo con la abstinencia como objetivo de su tratamiento<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> No ha sido posible calcular la cifra exacta de este colectivo, dado que las asociaciones de alcohólicos no llevan un registro de sus miembros.

<sup>21</sup> Junto con los instrumentos que señalamos en el apartado siguiente, los sujetos participantes contestaban siete preguntas referidas a su motivación para dejar de beber y su conformidad con la abstinencia como objetivo de su tratamiento. Estas preguntas, formuladas con formato Likert, tenían 5 posibilidades de respuesta ("nada", "poco", "algo", "bastante" y "mucho"). Como requisito para su inclusión en la muestra, era preciso que todos ellos contestarían afirmativamente a estas preguntas, con el

El tamaño de la muestra, una vez excluidos los alcohólicos que no cumplían los criterios indicados y los cuestionarios que estaban insuficientemente contestados, es de 201 sujetos alcohólicos. En la tabla 1 se indica la distribución de la muestra por centros.

CENTRO	FRECUENCIAS	PORCENTAJES	POBLACIÓN
URIBE COSTA	19	9.5%	150
SAN IGNACIO	11	5.5%	66
RECALDE	5	2.5%	118
IRALA	6	3.0%	67
NOVIA SALCEDO	19	9.5%	532
CLÍNICA INDAUCHU	43	21.4%	*100
BARACALDO	19	9.5%	171
SESTAO	9	4.5%	72
SANTURCE	5	2.5%	83
A.A.	40	19.9%	*100
CRUZ DE ORO	21	10.4%	*70
CARITAS	4	2.0%	•

TABLA 1: Distribución de la muestra en función del centro.

El número de sujetos entrevistados por centro se presenta en forma de frecuencias; así mismo, se indica el porcentaje que representan y el número total de pacientes alcohólicos que estaban recibiendo tratamiento en cada centro durante el tiempo que duró este estudio de campo (población) <sup>22</sup>.

---

fin de que las posibles diferencias entre los alcohólicos en cuanto a su tiempo de abstinencia no se debieran a su falta de interés y/o rechazo por dejar de beber.

<sup>22</sup> Como se ha comentado anteriormente, no ha sido posible conocer el número exacto de alcohólicos en las asociaciones A.A. y Cruz de Oro ni en Cáritas, que no es un centro de asistencia para alcohólicos propiamente dicho. Por este motivo, se ha puesto una marca (\*) en sus lugares correspondientes en la tabla para indicar que el número es aproximado o que no se dispone de él. Respecto al asterisco correspondiente a la clínica Indauchu, éste indica que el número de alcohólicos señalado hace referencia exclusivamente a los pacientes que fueron ingresados en el centro. El tiempo de estancia oscilaba entre los 4 y los 7 días.

Las *características sociodemográficas* de la muestra (en forma de frecuencias y porcentajes) se presentan en la tabla 2 de la página siguiente y su explicación es como sigue:

En cuanto a la variable **sexo**, nos hemos encontrados con una muestra predominantemente masculina, donde el 80.1% eran hombres y el 19.9% mujeres. La media de edad era de 42 años y 6 meses, con una desviación típica de 9.2. Este dato de dispersión nos indica que la mayor parte de la muestra se encontraba en edades comprendidas entre los 33 y los 51 años.

Respecto al **nivel de estudios**, poco más de la mitad de los sujetos, el 51%, había realizado los cursos correspondientes al bachiller o la formación profesional; de los restantes, el 32.5% había cursado estudios inferiores, mientras que el 16.5% había realizado estudios universitarios.

En lo que se refiere a la **situación laboral**, más de la mitad de la muestra, el 59.4%, estaba trabajando, siendo un 24.1% el porcentaje de sujetos que estaba en el paro. El 16.6%, restante estaba jubilado o era pensionista. Respecto a la **ocupación profesional**, predominaba en la muestra el trabajo no especializado, especialmente el obrero y el trabajador de servicios, con un 29.2%. Le seguían el obrero especializado (24%); el personal administrativo (13.5%); y el ser ama de casa (8.3%). El resto (24.8%) se distribuía entre miembros de las fuerzas de seguridad, funcionarios, propietarios de negocio y profesionales liberales; a estos profesionales los hemos aglutinado en una sola categoría (llamada "categorías varias") porque por separado no alcanzaban niveles lo suficientemente representativos.

Respecto al **estado civil**, la mayor parte de los sujetos (64.7%) estaban casados. El resto se encontraba dividido entre solteros (20.4%) y separados o viudos (14.9%).

Finalmente, en cuanto al **lugar de residencia**, casi el total de la muestra residía en la Comunidad Autónoma Vasca, un 98.4%, de los cuales, el 93.9%, pertenecía a la provincia de Vizcaya.

VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
<b>SEXO</b>		
HOMBRE	161	80.1%
MUJER	40	19.9%
<b>EDAD</b>		
>30	9	4.5%
30-40	73	36.7%
40-50	73	36.7%
50-60	32	16.1%
>60	12	6.0%
<b>ESTUDIOS</b>		
PRIMARIOS	65	32.5%
BACHILLER/F.P.	102	51.0%
UNIVERSITARIOS	33	16.5%
<b>SIT. LABORAL</b>		
ACTIVO	111	59.4%
EN PARO	45	24.1%
JUB./PENS.	31	16.6%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO	130	64.7%
SOLTERO	41	20.4%
SEPARADO/VIUDO	30	14.9%
<b>PROFESIÓN</b>		
OBRAERO NO ESP.	56	29.9%
OBRAERO ESP.	55	24.0%
ADMINISTRATIVO	26	13.0%
AMA DE CASA	16	8.3%
CATEGORÍAS VARIAS	39	24.8%
<b>PROCEDENCIA</b>		
MARGEN DERECHA	33	18.4%
MARGEN IZQUIERDA	53	29.6%
BILBAO	62	34.6%
RESTO VIZCAYA	20	11.2%
ÁLAVA	2	1.1%
GUTPUZCOA	6	3.4%
OTROS	3	1.7%

TABLA 2: Distribución de la muestra en función de las variables sociodemográficas.

Respecto a las *características de la muestra en función de su historia de alcoholismo*, éstas se presentan, más adelante, en la tabla 3. Algunas de ellas (duración del problema, asistencia al tratamiento médico, asistencia a los grupos y tiempo

de abstinencia) presentaban una gran dispersión, motivo por el que han sido agrupadas para disponer de un mejor conocimiento de la muestra.

En cuanto a la **severidad** del problema de alcoholismo, toda la muestra presentaba un grado de severidad superior al requerido por la prueba utilizada para la detección de alcohólicos (un mínimo de 3, un máximo de 13). La media obtenida es de 8.3, con una desviación típica de 2.3. Este dato de variabilidad nos indica que la mayor parte de la muestra presentaba un grado de severidad alto que oscilaba entre las puntuaciones de 6 y 10.

En lo que se refiere a la **dependencia** del alcohol, la muestra presentaba diferentes grados de dependencia. Las puntuaciones de la prueba oscilan entre 0 y 30, y reflejan grados de dependencia leve, moderada y grave. La media de nuestra muestra toma un valor de 15.6, con una desviación típica de 5, de forma que la mayor parte de los sujetos presentaba unos valores entre 10 y 20. Esta puntuación refleja un grado de dependencia moderado.

Respecto a la **duración del problema** de alcoholismo, existe una considerable variabilidad. La media se sitúa en los 12 años, con una desviación típica de 8 años y 5 meses, lo que nos indica que la mayor parte de los sujetos tenían una duración media del problema comprendida entre los 4 y los 20 años.

La gran mayoría de los sujetos (un 88.9%) había recibido o estaba recibiendo **tratamiento médico** en el momento de ser entrevistados, frente a un 20% que nunca lo había recibido. La duración del tratamiento era variable, siendo la media de 3 años.

Otra modalidad de tratamiento es la recibida a través de **grupos de autoayuda**, encontrándose en nuestro caso dos grupos diferenciados: Alcohólicos Anónimos (A.A.) y Cruz de Oro. Prácticamente la mitad de la muestra (49.7%) recibía este tratamiento de grupo, de los cuales un 69.4% acudía a A.A. y un 30.5% a la Cruz de Oro. Al igual que en el caso de la variable "duración del tratamiento médico", el tiempo de asistencia al tratamiento grupal era variable, siendo la media de 3 años y 5 meses.

VARIABLES DE ALCOHOLISMO	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
<b>DURACIÓN</b>		
< 1 AÑO	6	3.1%
1- 5	48	21.4%
5-10	43	21.9%
10-15	38	18.4%
15-20	38	14.3%
>20 AÑOS	46	20.9%
<b>TRAT. MÉDICO</b>		
SI	177	88.9%
NO	22	11.1%
<b>DURACIÓN</b>		
< 1 AÑO	70	39.5%
1-5	76	42.9%
>5 AÑOS	31	17.5%
<b>TRAT. GRUPO</b>		
SI	96	49.7%
NO	97	51.3%
<b>DURACIÓN</b>		
< 1 AÑO	37	38.5%
1-5	35	36.4%
> 5 AÑOS	24	25.0%
<b>A.A.</b>	66	69.4%
<b>CRUZ DE ORO</b>	29	30.5%
<b>ABSTINENCIA</b>		
≤3 MESES	83	41.3%
4-11 MESES	48	22.5%
≥ 12 MESES	70	36.5%
<b>RECAÍDA ACTUAL</b>		
SI	84	71.1%
NO	37	39.4%
<b>ANTEC. FAMILIARES</b>		
SI	105	53.5%
NO	93	47.5%
<b>INTENTOS FALLIDOS EN DEJAR DE BEBER</b>		
SI	176	89.3%
NO	21	10.7%

TABLA 3: Distribución de la muestra en función de variables de cronicidad.

Respecto a la variable **abstinencia**, existe una gran variabilidad en la muestra, en gran parte justificada por nuestro interés en comparar sujetos con diferentes períodos de abstinencia y de evolución en el tratamiento del alcoholismo. El rango de esta variable va desde un período inferior a 1 mes hasta un período de 23 años ininterrumpidos.

Respecto a la variable **recaída actual**, pregunta destinada a los sujetos que llevaban tiempos de abstinencia inferiores a los 12 meses, es decir, a los alcohólicos "en proceso de rehabilitación", el 60.6% de la muestra dijo haber experimentado alguna vez una o más recaídas en lo que llevaba de tratamiento.

En lo que se refiere a **antecedentes familiares** de alcoholismo, más de la mitad de la muestra afirmó tener algún familiar alcohólico, concretamente un 53%. El resto (47%) respondió con una negativa. En relación a si el familiar "superó" el problema, en palabras de los sujetos, un 58.2% sostuvo que no y un 41.7% respondió afirmativamente.

Finalmente, respecto a la pregunta de si habían experimentado fracasos en sus intentos de dejar de beber cuando lo intentaban o intentaron (pregunta dirigida a todos los alcohólicos), el 89.3% de la muestra total contestó afirmativamente, mientras que el 10.7% contestó que consiguió dejar de beber al primer intento. Este dato indica que casi la totalidad de la muestra es o ha sido reincidente hasta llegar a estabilizar la abstinencia.

A la pregunta sobre cuáles son las causas de que hayan dejado de beber y/o de que fracasen en mantener la abstinencia, los sujetos han dado muchas respuestas, que hemos agrupado de la siguiente manera:

- Respecto al éxito, las causas más nombradas son la preocupación por uno mismo, la concienciación del problema, el esfuerzo, el apoyo terapéutico (médico y de grupo) y la familia.
  
- Respecto al fracaso, las causas a las que más se han referido son: la existencia de problemas, la no mentalización suficiente, el exceso de confianza, la falta de fuerza de voluntad, sufrir una dependencia, querer beber, dejar de acudir al grupo y "es imprevisible".

## 3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

### 3.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS

Se han utilizado diversos instrumentos para medir algunas de las variables empleadas en la formulación de las hipótesis de este trabajo. Estas variables son:

#### A. Variables psicológicas:

1. las atribuciones causales del éxito y fracaso en dejar de beber;
2. las expectativas de autoeficacia;
3. las expectativas de lugar de control;
4. las pautas de afrontamiento;

#### B. Variables de historia de alcoholismo:

5. la severidad del trastorno alcoholismo;
6. la dependencia del alcohol.

El resto de variables, sociodemográficas y de cronicidad, se han evaluado a través de preguntas simples y directas (por ejemplo: ¿cuál es tu edad?, ¿cuál es tu estado civil?, ¿cuánto tiempo llevas sin beber nada?, ¿desde cuánto tiempo hace que tienes problemas de alcoholismo?, ¿cuánto tiempo llevas acudiendo a tratamiento médico y/o a asociaciones de autoayuda?...). La reproducción de la batería de cuestionarios y preguntas se encuentra en el anexo.

Para medir las *variables psicológicas* arriba mencionadas se han utilizado los cuatro cuestionarios siguientes:

1) **Causal Dimension Scale (CDS II)**, de McAuley, Duncan y Russell (1990, 1992). Esta escala se ha utilizado para evaluar las atribuciones causales que hacen los alcohólicos de sus éxitos y fracasos en dejar de beber.

La escala ha sido desarrollada por los autores arriba señalados con el fin de evaluar las atribuciones causales que hace una persona de los éxitos y/o fracasos que tiene en su vida, independientemente del contexto en el que éstos se produzcan (escuela, trabajo, salud, deporte, etc.). La característica más llamativa de este instrumento, diferente a los existentes hasta ahora, es que es la propia persona la que dice cuáles y cómo son las causas de sus resultados. Esta forma de medir las atribuciones se introdujo como consecuencia de las críticas que se le venían haciendo a la teoría de la atribución, a la que se acusaba de una medición pobre y poco fiable (Amirkhan, 1982; Russell, 1982, 1991; Russell, McAuley & Tarico, 1987; Weiner, 1983).

Haciendo un poco de historia, en los principios de la medición atribucional el investigador para evaluar las atribuciones procedía de la siguiente forma:

- En primer lugar, el sujeto encuestado debía elegir una de las causas que se le presentaban - capacidad, esfuerzo, ayuda externa y suerte - como la responsable de sus éxitos o fracasos, independientemente del contexto de estudio (escuela, trabajo, relaciones sociales...). Como se recordará, estas causas habían sido identificadas en el ámbito académico por Weiner y sus colaboradores (Weiner, 1972, 1974, 1979; Weiner et al., 1971).

- En segundo lugar, el investigador traducía esa causa, de acuerdo a la taxonomía preestablecida por Weiner y colaboradores, en las dimensiones de localización, estabilidad y controlabilidad. Es decir, era el investigador el que decidía si la causa era interna, estable y controlable, o todo lo contrario.

El peligro en este procedimiento es que el investigador y el sujeto que atribuye pueden no estar de acuerdo ni en las 4 causas que se ofrecen ni en el significado de la atribución causal, ya que una misma causa puede ser percibida de forma diferente por dos

personas. Por ejemplo, un estudiante puede creer que la causa de su suspenso en matemáticas es su falta de capacidad, y percibir esta causa como inalterable, como algo estable en el tiempo. Sin embargo, otro estudiante puede considerar que esta capacidad es mejorable con el estudio.

La limitación que encierra el procedimiento tradicional de medición, junto con los resultados inconsistentes que se vienen obteniendo con él, lleva a diversos investigadores a considerar otra forma de evaluación, otro método, que "respete" la interpretación subjetiva del sujeto en cuanto a cuáles son las causas que provocan una situación determinada y cuál es su significado: si estable o no, si controlable o no (Amirkhan, 1982; Ronis, Hansen & O'Leary, 1983; Russell, 1982; 1991 Russell, McAuley & Tarico, 1987; Vasil, 1992; Vallerand & Richer, 1988).

Fruto de estas reflexiones es la Causal Dimension Scale (Russell, 1982) y la Causal Dimension Scale II (McAuley, Duncan & Russell, 1990, 1992), que es una versión mejorada y ampliada de la primera escala y la que hemos utilizado en esta investigación. El análisis factorial que los autores llevaron a cabo reveló los 4 factores propuestos teóricamente por ellos: localización de la causa, estabilidad, controlabilidad interna y controlabilidad externa.

Cada factor o subescala está formado por 3 ítems, siendo 12 el total de ítems de la escala. El coeficiente alpha de Cronbach, empleado para hallar la fiabilidad de las subescalas, da los siguientes valores de .67, .67, .79 y .82. La escala tiene un formato tipo Likert con un rango de 9 respuestas (desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo"). Cuanto mayor es el acuerdo en las subescalas, mayor es la puntuación que obtiene el sujeto en ellas y la causa aducida por él es más interna, estable o controlable.

Los autores procedieron a hallar igualmente la validez de constructo y predictiva de la escala, y los resultados obtenidos revelaron la CDS II como una escala válida y fiable.

Con el objeto de conocer las atribuciones causales que hacen los alcohólicos de sus éxitos y fracasos, hemos aplicado la CDS II a la problemática del alcoholismo. En ella, los alcohólicos deben indicar cuál es la causa de su abstinencia o éxito en dejar de beber (1º administración) y cuál es la causa del fracaso o recaída (2º administración), y

cómo es esta causa en ambas situaciones: si interna, estable o controlable, o todo lo contrario.

Los alcohólicos que participaron en un estudio piloto <sup>23</sup>, previo al estudio definitivo, tuvieron dificultades a la hora de entender la escala, en especial en lo relativo al contenido de los ítems y al tipo de respuesta. Con el fin de reducir la complejidad conceptual y de opciones de respuesta, se realizaron ciertos cambios. Así, se ha variado ligeramente la expresión de los ítems (por ejemplo, los ítems literales "la causa se debe a ti" o "la causa es algo que puedes controlar" han sido traducidos por "el dejar de beber se debe a mi" o "el dejar de beber se debe a causas que puedo controlar"); y en lo que se refiere a las opciones de respuesta, éstas se han reducido de 9 a 5 (desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo"). La puntuación, del mismo modo que en la escala original, es como sigue: a mayor puntuación en la subescala, la causa es más interna, estable o controlable. A pesar de estos cambios, se ha mantenido en lo posible la estructura y el contenido originales.

2) Alcohol Confidence Questionnaire (ACQ), de Annis y Graham (1988). Este cuestionario se ha utilizado para evaluar las expectativas de autoeficacia, o la confianza personal, que tiene el alcohólico de resistir las deseos de beber en un conjunto variado de situaciones.

Esta prueba es una versión posterior y más corta del cuestionario original, Situational Confidence Questionnaire (SCQ), desarrollado por la primera autora (Annis, 1982, 1984), y tiene como objetivo evaluar las expectativas de autoeficacia de una manera igualmente fiable pero más rápida y general. El Alcohol Confidence Questionnaire (ACQ) muestra una correlación de .99 con el SCQ, lo que indica que las características psicométricas de la versión corta son equivalentes a las obtenidas por el original, y una fiabilidad, obtenida mediante el alpha de Cronbach, de .95.

El cuestionario tiene 16 ítems, 2 ítems por cada uno de los 8 tipos de situaciones representados en la escala original: estados emocionales positivos, estados emocionales negativos, malestar físico, urgencias, deseo de probar el control sobre la bebida, presión

---

<sup>23</sup> En el apartado "procedimiento" se explica en que consistió este estudio piloto.

social, estados de ánimo positivos en compañía de otros y conflictos interpersonales. El cuestionario presenta un formato de respuestas tipo Likert con un rango de 6 respuestas (no me siento "nada capaz" "poco", "algo", "bastante", "mucho" y "totalmente capaz" de resistir la tentación de beber). La corrección se realiza sumando las puntuaciones de cada respuesta, de manera que a mayor puntuación, mayor expectativa de autoeficacia.

El cuestionario original, el SCQ, es la prueba, de las existentes, que más se ha utilizado para evaluar las expectativas de autoeficacia en alcohólicos.

3) **Drinking-Related Locus of Control Scale (DRIE)**. Esta escala se ha utilizado para evaluar las expectativas de lugar de control que tiene el alcohólico sobre el dejar de beber. Y responde íntegramente al formato original de la escala desarrollada por Rotter (1966), creador del constructo "lugar de control".

El cuestionario fue desarrollado por Keyson y Landa en 1972, pero los estudios psicométricos fueron llevados a cabo por Donovan y O'Leary, en 1978, quienes realizaron un análisis de los ítems, una estimación de la fiabilidad y un análisis factorial.

Los métodos empleados para hallar la fiabilidad, los coeficientes de consistencia interna de Kuder-Richardson y alpha de Cronbach, dan un valor de .77, y la rotación ortogonal llevada a cabo mostró tres factores significativos ("control intrapersonal", "control interpersonal" y "control general"). Así mismo, se llevaron a cabo diversos procedimientos para hallar la validez concurrente, convergente, divergente y de constructo de la prueba. Los resultados obtenidos indican que la prueba es válida y fiable.

El cuestionario está compuesto por 25 ítems y su formato de respuestas es la elección de una de las dos alternativas que se presentan en cada pregunta: una alternativa representa la creencia de externalidad y la otra representa la creencia de internalidad. La corrección se realiza de la siguiente manera: se da un valor de 1 a la creencia de externalidad y un valor de 0 a la creencia de internalidad, de tal manera que a mayor puntuación, mayor externalidad o creencia de que dejar de beber no está bajo el control personal. La puntuación es total, es decir, no se desglosa en los tres factores que los autores dicen haber hallado.

De las escalas que existen sobre este constructo de expectativas de lugar de control en el campo de alcoholismo, la DRIE es la más divulgada y extendida.

4) **Life Situations Inventory (LSI)**, de Feifel y Strack (1989). Este cuestionario ha sido utilizado para evaluar las pautas del afrontamiento que adoptan los alcohólicos ante su problema de alcoholismo.

Esta prueba fue desarrollada para conocer la forma en que las personas afrontan diversos problemas cotidianos (familiares, económicos, laborales, etc.). El análisis factorial que llevaron a cabo los autores revela tres factores, correspondientes a las pautas de afrontamiento propuestas por ellos: "resolución activa del problema", "evitación" y "resignación". El coeficiente alpha de Cronbach revela una fiabilidad de .82, .75 y .75 para cada subescala.

El cuestionario tiene un total de 21 ítems, 8 ítems para las subescalas de afrontamiento activo y evitación y 5 ítems para la subescala de resignación. Su formato de respuestas es tipo Likert con un rango de 5 respuestas ("nada", "poco", "algo", "bastante" y "mucho"). La corrección se realiza de la siguiente manera: a mayor puntuación en las escalas, mayor uso del afrontamiento correspondiente.

Para conocer cómo los sujetos alcohólicos afrontan su problema, hemos aplicado el cuestionario a la problemática específica del alcoholismo. Al igual que con el cuestionario Causal Dimensión Scale (CDS-II), los sujetos que participaron en el estudio piloto encontraron ciertas dificultades con los ítems redactados de forma negativa (un total de 4). Por ello, para facilitar su comprensión, hemos sustituido la negación en la expresión de estos ítems (por ejemplo, "evito no pensar en el problema" por "evito pensar en el problema").

En lo que se refiere a los requisitos e instrumentos empleados para diagnosticar el alcoholismo y medir las *variables de historia de alcoholismo* o cronicidad, destacamos los siguientes <sup>24</sup>:

---

<sup>24</sup> Para el diseño de este apartado de cronicidad hemos seguido las recomendaciones de Edwards (1986), Foy, Cline y Laasi (1987) y Sánchez-Craig (1988), entre otros.

**Alcoholismo.** Los requisitos que debían cumplir los sujetos participantes para ser considerados alcohólicos y poder ser incluidos en la muestra son tres <sup>25</sup>:

- Estar diagnosticados como tales por los centros médicos donde reciben consulta según los criterios diagnósticos del DSM-III-R (1987).
- Puntuar positivamente (por encima de 3) en la prueba Short Michigan Alcoholism Screening, que veremos a continuación.
- Considerarse ellos mismos alcohólicos.

5) **Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST).** Este cuestionario se ha empleado para evaluar la severidad del problema de alcoholismo (además de para detectar la existencia del problema en los sujetos que no acudían a ningún centro médico).

El SMAST es una versión corta del cuestionario original llamado MAST (Selzer, 1971), que fue desarrollado posteriormente por el propio autor y colaboradores (Selzer, Vinokur & van Rooijen, 1975) para poder realizar la detección y severidad del alcoholismo en un periodo de tiempo más breve.

El número de ítems de la prueba es 13, y las respuestas presentan un formato SI/NO, con valores de 0 y 1 punto. Una puntuación superior a 3 es indicativa de la existencia del problema de alcoholismo, y a partir de aquí a mayor puntuación, mayor severidad del problema. Las propiedades psicométricas son las siguientes: una fiabilidad de .93 (hallada mediante el coeficiente alpha de Cronbach), una correlación entre el SMAST y el MAST de .97 y una validez adecuada. Todo esto, unido a la amplia divulgación del cuestionario, garantiza su utilización.

---

<sup>25</sup> Se han considerado estos tres requisitos debido a que no todos los sujetos participantes acudían en el momento de ser entrevistados a un centro médico que garantizara su diagnóstico de alcohólicos según el DSM-III-R. Para estos casos (una minoría), la prueba Short Michigan Alcoholism Screening, utilizada originalmente para detectar la existencia de alcoholismo así como el grado de severidad del mismo, y la autoconsideración personal de alcohólico sirvieron como indicadores fiables de alcoholismo.

6) **Symptoms of Alcohol Dependence**, de Polich, Armor y Braiker (1981), instrumento que se ha empleado para evaluar el grado de dependencia del alcohol.

Esta prueba no es un cuestionario propiamente dicho sino que es el resultado de un análisis de componentes principales llevado a cabo por los autores sobre un conjunto de seis ítems que reflejan la sintomatología de la dependencia. La validez de esta estrategia está avalada, según los autores, por la alta correlación que muestran los diversos síntomas entre sí, lo que indica que todos ellos están relacionados estrechamente con el concepto subyacente de dependencia, concepto sugerido por el Comité de la Organización Mundial de la Salud (Edwards & Gross, 1976).

El análisis realizado por Polich, Armor y Braiker (1981) indica un primer componente que da cuenta del 52% de la varianza total. El formato de respuestas es tipo Likert, con un rango de 5 respuestas (nunca, ocasionalmente, regularmente, frecuentemente y siempre). No existe punto de corte, sino que sus puntuaciones son descriptivas en función de los valores mínimo (6) y máximo que se pueden alcanzar (30). La interpretación de la prueba se realiza, por tanto, de la siguiente manera: a mayor puntuación, mayor dependencia del alcohol.

Es una prueba que, a pesar de reunir sólo 6 ítems del llamado síndrome de dependencia, se considera válida (los ítems son signos muy representativos del trastorno), y se ha utilizado en otras investigaciones por su sencillez y brevedad.

### **3.2.2. ADAPTACIÓN, FACTORIZACIÓN Y FIABILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS**

Todos los cuestionarios utilizados en este trabajo empírico están validados y fiabilizados en sus países de origen (Canadá y Estados Unidos). Con el fin de obtener unos resultados válidos y fiables en nuestro estudio, se han realizado los estudios necesarios para obtener una adaptación, factorización y fiabilidad adecuadas de dichos cuestionarios. Veamos los resultados, cuestionario por cuestionario.

## 1) "CAUSAL DIMENSION SCALE"

Esta escala se ha aplicado dos veces, con el fin de evaluar las atribuciones causales que hacían los alcohólicos del éxito y del fracaso en dejar de beber. Para conocer la estructura del cuestionario, se han llevado a cabo dos análisis factoriales (componentes principales y rotación ortogonal) en cada una de las aplicaciones.

El análisis factorial realizado con las atribuciones causales del éxito en dejar de beber reveló la existencia de tres factores en vez de los cuatro hallados por los autores (McAuley, Duncan & Russell, 1990, 1992). Estos tres factores explican, conjuntamente, el 77.3% de la varianza total. En la tabla 4 se pueden observar los pesos de cada ítem, la varianza explicada y el valor propio de cada factor:

ÍTEMS	FACTORES		
	I	II	III
9. Depende de mí	.86239		
6. Es por mi persona	.85730		
1. Se debe a mí	.83291		
2. Está bajo mi control	.71566	.48917	
10. Está bajo mi poder	.66067	.47723	
11. No cambia		.88836	
3. Es permanente		.87326	
7. Es estable		.84926	
4. Está bajo mi dominio	.57335	.58614	
12. Bajo el dominio de otros			.92106
8. Bajo el poder de otros			.91060
5. Bajo el control de otros			.88914
<b>% VARIANZA EXPLICADA</b>	<b>40.9%</b>	<b>23%</b>	<b>13.3%</b>
<b>VALOR PROPIO</b>	<b>4.91327</b>	<b>2.75673</b>	<b>1.60056</b>

TABLA 4: Análisis factorial de la CDS-II para el éxito en dejar de beber.

Los tres factores obtenidos, por orden de importancia, son:

**Factor 1: Localización-Control interno.** Los ítems con peso en este factor hacen referencia a si el dejar de beber se debe a causas internas y controlables por el sujeto o a causas externas e incontrolables

Según la estructura factorial de los autores, este factor se divide en dos: por un lado, localización, es decir, si la causa reside en el sujeto o fuera de él y, por otro, control interno, es decir, si la causa está bajo control personal o no lo está. En nuestro estudio, ambos factores se han unido en uno, que expresa a un tiempo si las causas son internas y controlables, o todo lo contrario, externas e incontrolables.

**Factor 2: Estabilidad.** Los ítems de este factor se refieren a si el dejar de beber es estable en el tiempo, si la abstinencia es algo continuo o si, por el contrario, es algo variable, cambiante.

**Factor 3: Control externo.** Los ítems de este factor hacen referencia a si el dejar de beber se debe a causas controlables por otros o incontrolables por ellos (médicos, asociaciones, familiares, etc.).

Respecto de la causa del fracaso en dejar de beber, el análisis factorial revela en esta ocasión la existencia de 4 factores claramente diferenciados. Los pesos de los ítems, el porcentaje de la varianza explicada y el valor propio se presentan en la tabla 5.

Los 4 factores obtenidos, por orden de importancia, son:

**Factor 1: Control externo.** Los ítems que pesan en este factor se refieren a si el fracaso en dejar de beber o recaída está bajo el control de otros o no lo está (médicos, asociaciones, familiares, etc.).

**Factor 2: Localización.** Los ítems de este factor hacen referencia a si la recaída se debe a causas internas, propias del sujeto, o a causas externas.

**Factor 3: Control interno.** Los ítems que componen este factor hacen referencia a si la recaída está bajo el control del sujeto, si éste puede prevenirla o evitarla o, si, por el contrario, no puede.

**Factor 4: Estabilidad.** Los ítems de este factor se refieren a si la recaída es algo estable y continuo en la vida del sujeto o es algo inusual.

ÍTEMS	FACTORES			
	I	II	III	IV
12. Bajo el dominio de otros	.90700			
5. Bajo el control de otros	.89414			
8. Bajo el poder de otros	.88460			
6. Es por mi persona		.92400		
9. Depende de mí		.90304		
1. Se debe a mí		.86051		
4. Está bajo mi dominio			.88518	
2. Está bajo mi control			.87749	
10. Está bajo mi poder			.85300	
7. Es estable				.88285
3. Es permanente				.86004
11. No cambia				.83150
<b>% VARIANZA EXPLICADA</b>	<b>40.2%</b>	<b>17.8%</b>	<b>15.5%</b>	<b>10%</b>
<b>VALOR PROPIO</b>	<b>4.82677</b>	<b>2.13432</b>	<b>1.85746</b>	<b>1.20570</b>

TABLA 5: Análisis factorial de la CDS-II para el fracaso en dejar de beber.

La matriz rotada de las atribuciones causales para el fracaso en dejar de beber o recaída (tabla 5) revela la existencia de los 4 factores postulados por la teoría y los autores de la escala. Por este motivo, por el apoyo encontrado en la literatura y por la fiabilidad obtenida, que exponemos a continuación, hemos utilizado cuatro puntuaciones para evaluar las atribuciones que hacen los alcohólicos del éxito y fracaso en mantener la abstinencia. Estas cuatro puntuaciones se corresponden con los cuatro factores y hacen referencia a la "localización", "control interno", "control externo" y "estabilidad" de las causas.

La fiabilidad de la escala, en sus dos situaciones, se ha hallado mediante la fórmula alpha de Cronbach. Esta fiabilidad se ha obtenido para cada una de las 4 subescalas o dimensiones, y sus resultados muestran una alta consistencia entre los ítems. Estos resultados se presentan en la siguiente tabla 6:

FACTORES	ALPHA DE CRONBACH	
	ÉXITO	FRACASO
LOCALIZACIÓN	.90	.90
CONTROL INTERNO	.88	.88
CONTROL EXTERNO	.91	.91
ESTABILIDAD	.87	.88

TABLA 6: Fiabilidad de los factores o subescalas de la CDS-II.

## 2) "DRINKING-RELATED INTERNAL EXTERNAL"

Este cuestionario presenta respuestas dicotómicas, motivo por el que no se ha realizado ningún análisis factorial. Por otro lado, los autores (Donovan & O'Leary, 1978) e investigadores al utilizarla trabajan siempre con una puntuación total.

El alpha de Cronbach ha arrojado una buena fiabilidad, con un valor de .83.

## 3) "ALCOHOL CONFIDENCE SCALE"

El análisis factorial de componentes principales realizado en esta escala señaló, como puede observarse en la tabla 7, la existencia de un solo factor, tal y como proponen los autores (Annis & Graham, 1988). Este factor recibe el nombre de "autoeficacia" o "confianza personal en resistir la tentación de beber" en diversas situaciones personales y sociales, positivas y negativas. Los pesos de los ítems, el porcentaje de la varianza y el valor propio de este factor se detallan en la tabla 7.

La fiabilidad de la escala se ha hallado a través de la fórmula alpha de Cronbach y el valor obtenido es muy aceptable: .96.

Í T E M S	FACTOR
	I
07. Cuando estoy enfadado	.91091
11. Cuando veo una botella	.87763
14. Cuando no hay buenas relaciones en el trabajo	.87630
06. Cuando los demás beben	.87326
15. Cuando me ponen nervioso	.85984
12. Cuando estoy confuso	.85259
16. Cuando un amigo me invita	.84524
02. Cuando recuerdo su sabor	.83286
01. Cuando estoy relajado	.81963
05. Cuando tengo problemas en el trabajo	.81721
09. Cuando estoy satisfecho	.80911
13. Cuando quiero comprobar mi control	.80187
08. Cuando estoy mareado	.78136
03. Cuando sospecho que no caigo bien a la gente	.75459
10. Cuando pienso que un trago no me hará daño	.73554
04. Cuando estoy soñoliento	.72108
<b>% VARIANZA EXPLICADA</b>	<b>68 %</b>
<b>VALOR PROPIO</b>	<b>10.88297</b>

TABLA 7: Análisis factorial de la ACQ.

#### 4) "LIFE SITUATIONS INVENTORY"

Se ha llevado a cabo un análisis factorial (componentes principales y rotación ortogonal), que reveló la existencia de 6 factores frente a los 3 encontrados por los autores. Los 6 factores identificados en este estudio explican un 60.2% de la varianza total y hacen referencia a diferentes formas de afrontar el problema de alcoholismo. Los pesos de los ítems, el porcentaje de la varianza explicada y el valor propio de cada factor se presentan en la tabla 8 de la página siguiente.

ÍTEMS	FACTORES					
	I	II	III	IV	V	VI
14. Me mantengo alejado	.80478					
15. Evito pensar	.79186					
02. Quiero olvidar	.73927					
08. Pienso en cosas más agradables	.68872					
05. Me mantengo ocupado	.64893					
04. Tomo medidas para resolvermi problema		.73772				
16. Busco soluciones		.69860				
13. Intento controlar mi problema		.63803				
20. Intento hacer algo		.54460				
12. Es imposible una solución			.74513			
06. Está fuera de mi control			.68020			
03. Es inútil todo lo que haga			.64414			
15. Lo peor sucederá			.54306			
09. Servirá de muy poco lo que me esfuerce						
11. Me tomo mi problema en broma						
07. Intento ver algo +						
18. Me esfuerzo por ver el lado bueno						
01. Intento informarme						
10. Intento entender lo que es este problema						
19. Me alivio comiendo, bebiendo, fumando						
21. Prefiero estar solo						
% VARIANZA EXPLICADA	19.7%	14.4%	8.7%	7.2%	5.3%	4.9%
VALOR PROPIO	4.13136	3.03292	1.83007	1.51324	1.10999	1.02693

TABLA 8: Análisis factorial del LSI.

La matriz rotada reveló la existencia de 6 factores de afrontamiento que, por orden de importancia, son:

**Factor 1: Evitación.** Los ítems que forman este factor hacen referencia a distintas formas de olvidar y distraerse del problema del alcoholismo.

**Factor 2: Afrontamiento activo.** Los ítems de este factor se refieren a intentos activos y directos por solucionar el problema de alcoholismo.

**Factor 3: Resignación.** Los ítems con mayor peso en este factor hacen referencia a una actitud de pasividad y de abandono ante la existencia del problema de alcoholismo. Vienen a representar la postura de "no se puede hacer nada".

**Factor 4: Optimismo.** Los ítems que forman este factor se refieren a una actitud de esperanza y optimismo a pesar de la existencia del problema.

**Factor 5: Información.** Los ítems de este factor se refieren a los intentos de los sujetos por conocer y entender el problema del alcoholismo. Representa una actitud activa por parte del alcohólico.

**Factor 6: Escape.** Los ítems que pesan en este factor hacen referencia a los intentos por evadirse y evitar enfrentarse con el problema de alcoholismo.

La literatura sobre el tema (Ilfeld, 1980; Lipowski, 1970) y los autores que desarrollaron el cuestionario (Feifel & Strack, 1989) postularon la existencia de tres factores, en vez de los seis obtenidos en este estudio: "afrontamiento activo", "evitación y "resignación". Ahora bien, si nos centramos en el contenido de sus ítems, podemos observar que los tres factores "inesperados" representan, de alguna forma, derivaciones de dos de los anteriores. Así, los ítems que conforman los factores llamados "optimismo" e "información" se refieren a formas activas de afrontar el problema, por oposición a formas pasivas. De la misma manera, los ítems del factor "escape" representan formas de

evitación y distracción respecto al problema del alcoholismo, por oposición a formas activas o de resignación.

A pesar de que nuestro análisis factorial revela la existencia de 6 factores, hemos procedido a basarnos en tres factores o subescalas (afrentamiento activo, evitación y resignación) para evaluar la forma con que los alcohólicos afrontan su problema debido a dos motivos: al apoyo encontrado en la literatura y en los estudios de los autores a favor de estas tres respuestas, y a que nuestra estructura factorial reproduce parcialmente la obtenida por aquellos.

La fiabilidad obtenida (mediante el alpha de Cronbach) por cada uno de los factores (véase tabla 9) revela asimismo una consistencia interna adecuada entre los ítems, lo que viene a reflejar que los ítems de cada uno de los tres factores tienen una lógica semántica entre ellos.

FACTORES	ALPHA DE CRONBACH
AFRONTAMIENTO ACTIVO	.76
EVITACIÓN	.74
RESIGNACIÓN	.65

TABLA 9: Fiabilidad de los factores o subescalas del LSI.

##### 5) "SHORT MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST"

Es un cuestionario que presenta sus respuestas en forma dicotómica, motivo por el cual no se ha realizado ningún análisis factorial. Los autores (Selzer, Vinokur & van Rooijen, 1975) tampoco llevaron a cabo dicho análisis.

La fórmula empleada para hallar la fiabilidad es el alpha de Cronbach y hemos encontrado un valor aceptable, inferior al ofrecido por los autores originales, de .67.

## 6) "SYMPTONS OF ALCOHOL DEPENDENCE"

Se ha llevado a cabo un análisis factorial (componentes principales y rotación ortogonal) para conocer la estructura de la prueba. Este análisis reveló la existencia de dos factores que explican el 56.5% de la varianza total. En la tabla 10 se presentan los pesos de cada ítem, el porcentaje de varianza explicada y el valor propio de cada factor.

Í T E M S	F A C T O R E S	
	I	II
1. Temblores por beber	.77080	
2. Beber al levantarse	.73115	
5. Dejar de comer por beber	.62661	.38596
4. Pérdidas de memoria por beber	.54139	.38135
6. Beber durante más de 12 horas	.52001	.47977
3. Intentos fallidos en dejar de beber		.87210
% VARIANZA EXPLICADA	39.6%	16.9%
VALOR PROPIO	2.37751	1.01307

TABLA 10: Análisis factorial de la prueba "Symptoms of Alcohol Dependence".

El análisis de componentes principales que llevaron a cabo los autores de esta prueba (Polich, Armor & Braiker, 1981) señalaba la existencia de un solo factor, frente a los dos que hemos encontrado nosotros. Según estos autores, los 6 ítems arriba indicados representan signos del llamado "síndrome de dependencia del alcohol" y se aglutinan en un solo factor, que ellos llamaron "dependencia".

Por su parte, la fiabilidad de la prueba se ha hallado mediante la fórmula alpha de Cronbach, y se han tenido en cuenta los 6 ítems, tal y como recomiendan los autores. El valor obtenido es de .68, lo que revela una consistencia interna aceptable. Acorde con la formulación teórica de Polich, Armor y Braiker (1981), este valor refleja que todos los ítems están midiendo el mismo constructo: la dependencia del alcohol.

Dados los resultados obtenidos por los autores y la fiabilidad conseguida en nuestra muestra, se ha decidido utilizar una sola puntuación (la suma de los 6 ítems) para medir el grado de dependencia de los sujetos al alcohol.

Todos los cuestionarios que hemos empleado para evaluar las variables en las que estamos interesados han resultado ser, en gran medida, válidos y fiables, a pesar de la existencia de ciertas diferencias con las pruebas originales; estos resultados nos garantizan su utilización en la contrastación de las hipótesis, aspecto que veremos en el próximo capítulo.

### 3.3. PROCEDIMIENTO

En los años 1991-1992 se mantuvieron varias reuniones con los directores, médicos, psicólogos y responsables de los centros y asociaciones de alcoholismo mencionados anteriormente con el objetivo de solicitar su colaboración en el estudio. En estas reuniones se explicaron las características y los objetivos de la presente investigación, y se concretaron días y horas para la administración de los cuestionarios.

Antes de comenzar el estudio definitivo, se realizó un pequeño estudio piloto en el verano de 1991. Este estudio piloto contó con la participación de 21 alcohólicos, procedentes de diferentes centros, a los que se les aplicó una primera versión de lo que sería posteriormente la batería de cuestionarios definitiva. Este primer contacto sirvió para conocer personalmente a los sujetos protagonistas tanto en lo que se refiere a su problemática (origen, causas, desarrollo, dificultades en el tratamiento, aspiraciones, perspectiva de futuro en relación a su trastorno...) como a su grado de comprensión de los cuestionarios. Como consecuencia de este estudio piloto, se realizaron diversas modificaciones en algunas de las preguntas e ítems que componían los cuestionarios hasta conseguir la adecuación y sencillez máximas posibles.

Como hemos explicado en la sección de los objetivos, el presente trabajo empírico consta de dos fases:

1) Una primera fase, en la que los sujetos alcohólicos contestaron por escrito a una serie de cuestionarios. La tarea se llevó a cabo en presencia de la autora de esta investigación y se realizó individual o colectivamente, dependiendo del número de alcohólicos disponibles en el día y centro. Contestar a los cuestionarios requirió un tiempo aproximado de una hora.

Esta fase, como se ha comentado, tenía como objetivo estudiar la relación entre las variables psicológicas, sociodemográficas y de cronicidad, por un lado, y la abstinencia, por otro. Comenzó en enero de 1992 y terminó, una vez que se consiguió un número "aceptable" de participantes, en octubre del mismo año.

2) Una fase segunda o de seguimiento, en la que se volvió a entrevistar a los mismos sujetos alcohólicos a los 6 meses de haber contestado a los cuestionarios. Esta segunda toma de contacto se realizó de dos formas:

a) Personalmente, es decir, investigadora-alcohólico, contrastando posteriormente las respuestas del alcohólico con el informe del responsable encargado del caso.

b) Cuando no fue posible la entrevista personal, se hizo a través de los informes de los médicos y/o psicólogos correspondientes.

Las tareas pensadas en un principio para esta segunda fase consistían en que los alcohólicos contestaran 1) nuevamente a los cuestionarios, con el objetivo de conocer si se había producido algún cambio en algunas de las variables estudiadas previamente, y 2) a una serie de preguntas referentes a la evolución y consumo de alcohol, en el caso de que éste se hubiera producido.

Sin embargo, debido a problemas de diversa índole (distancia física, ocupación de los afectados, sobrecarga de trabajo en los centros y asociaciones, ilocalización, etc.), no fue posible contactar con el suficiente número de sujetos que permitiera realizar con la garantía necesaria las dos tareas previstas. Y se optó por reducir la fase de seguimiento al conocimiento de dos cuestiones básicas:

- Si los sujetos participantes en el estudio original seguían acudiendo a la consulta médica y/o asociación de alcohólicos.
- Si dichos sujetos habían consumido alcohol en los 6 meses transcurridos.

El objetivo de esta fase de seguimiento, por tanto, era conocer si las variables psicológicas, sociodemográficas y de cronicidad (tomadas en el primer tiempo) discriminaban a los alcohólicos que recayeron de los que no lo hicieron en este período de 6 meses. Esta fase terminó en mayo de 1993.

Todos los sujetos participantes fueron informados de la existencia de la investigación, de sus objetivos y de las tareas que tenían que realizar (contestar a unos cuestionarios y tener de nuevo una entrevista a los 6 meses). Así mismo, y a pesar de que debieron poner su nombre en el cuestionario para su posterior identificación, se les aseguró que la confidencialidad estaba garantizada. Finalmente, se les pidió que firmaran al principio de la batería de cuestionarios, indicando con ello su decisión voluntaria de participar en la investigación.

### 3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para la comprobación de las 8 hipótesis formuladas, se han utilizado diversos procedimientos estadísticos empleando el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS/PC+ V.4.0 (1990). Los procedimientos utilizados son los siguientes:

- Análisis descriptivos de la muestra en base a características sociodemográficas y de historia de alcoholismo.
- Coeficientes de correlación de Pearson para evaluar el grado de asociación entre dos variables continuas.
- Análisis de varianza (oneway) para evaluar las diferencias de medias en una variable continua en función de una variable categorial (con más de dos categorías).
- Análisis de diferencias (t de Student) para evaluar las diferencias de medias en una variable continua en función de una variable categorial con dos categorías.
- Prueba de ji cuadrado (chi square) para evaluar el grado de asociación entre dos variables categoriales.
- Análisis de regresión múltiple para evaluar la relación entre una serie de variables predictoras y una variable criterio. Además, muestra la relación entre cada variable predictora con la variable criterio, controlando la influencia del resto de predictores.

## **CAPÍTULO X: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los objetivos de este capítulo son dos: en primer lugar, describir los resultados obtenidos tras el análisis de los datos y confirmar o rechazar las hipótesis formuladas; en segundo lugar, discutir estos resultados mediante su explicación y comparación con los de otros estudios.

## **1. RESULTADOS**

La presentación de los resultados se va a hacer hipótesis por hipótesis, empezando en primer lugar por la fase primera y terminando con la fase segunda, llamada también fase de "seguimiento".

### **1.1. FASE PRIMERA**

Como se recordará, el objetivo de la fase primera era conocer la relación entre ciertas variables psicológicas (percepción de control y afrontamiento) y el mantenimiento de la abstinencia en un colectivo de 201 alcohólicos que en el momento de ser entrevistados recibían tratamiento médico y/o asistían a grupos de autoayuda. Junto a las variables psicológicas, se ha estudiado también la relación de variables sociodemográficas y de cronicidad con la abstinencia.

### 1.1.1. HIPÓTESIS 1: Percepción de control (atribuciones y expectativas)

La primera hipótesis sostiene que existe una relación mutua entre las distintas medidas que forman la percepción de control sobre la adicción: las atribuciones causales, la expectativa de autoeficacia y la expectativa de lugar de control. Esta relación es como sigue: cuanto más adaptativas son las atribuciones causales que hacen los alcohólicos de sus éxitos y fracasos en dejar de beber, mayores son sus expectativas de autoeficacia y de lugar de control interno.

Para comprobar esta hipótesis se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson. En la tabla de la página siguiente se indican dichos coeficientes ( $r$ ), sus significaciones (\*), el tamaño de la muestra ( $n$ ) y los resultados obtenidos. Estos resultados muestran correlaciones importantes entre la gran mayoría de los conceptos subyacentes al constructo general "percepción de control", lo que confirma la primera hipótesis.

Los resultados obtenidos pueden resumirse de la siguiente manera:

- Respecto a las atribuciones de la abstinencia: cuanto más se cree que la abstinencia está bajo el control personal y que es estable, mayores son las expectativas de control sobre la adicción. Dicho de otra manera, a medida que las explicaciones que se dan del éxito en superar la adicción son más adaptativas, la esperanza de que uno es capaz de dejar de beber aumenta.

En esta relación atribuciones-expectativas, son las dimensiones causales de control interno y estabilidad las que se asocian positivamente, y con una fuerza considerable, con las expectativas de autoeficacia (control:  $r=.35$ ,  $p\leq .001$ ; estabilidad:  $r= .59$ ,  $p\leq .001$ ) y de lugar de control interno <sup>26</sup> (control:  $r= -.30$ ,  $p\leq .001$ ; estabilidad:  $r= -.43$ ,  $p\leq .001$ ).

---

<sup>26</sup> Como se ha señalado en el capítulo anterior, el cuestionario de lugar de control se corrige en la dirección de externalidad: a mayor puntuación, mayor externalidad. En este caso concreto, según se indica en la tabla XI, las dimensiones de control interno y estabilidad correlacionan negativamente con el

	AUTOEFICACIA		LUGAR DE CONTROL	
	r	n	r	n
<b>ATRIBUCIONES DE LA ABSTINENCIA</b>				
LOCALIZACION	.07	(194)	-.02	(187)
CONTROL INTERNO	.35***	(193)	-.30***	(180)
CONTROL EXTERNO	-.08	(195)	.09	(181)
ESTABILIDAD	.59***	(195)	-.43***	(180)
<b>ATRIBUCIONES DE LA RECAÍDA</b>				
LOCALIZACIÓN	.19*	(195)	-.22**	(182)
CONTROL INTERNO	.38***	(195)	-.45***	(181)
CONTROL EXTERNO	-.27***	(194)	.33***	(182)
ESTABILIDAD	-.65***	(195)	.53***	(181)

(\*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$ )

TABLA 11: Correlaciones de Pearson entre las atribuciones causales, la expectativa de autoeficacia y la expectativa de lugar de control.

- Respecto a las atribuciones de la recaída: cuanto más se cree que la recaída se debería a uno mismo en caso de producirse, que está bajo control personal (no bajo el control de otros) y que es muy inusual, mayores son las expectativas de control sobre la adicción. Expresado de otra forma, a medida que las explicaciones que se dan de los fracasos en superar la adicción son más adaptativas, la esperanza de que uno es capaz de dejar de beber aumenta.

lugar de control pero externo, o, dicho de otra manera, correlacionan positivamente con el lugar de control interno.

En esta relación atribuciones-expectativas, todas las dimensiones causales se asocian con las expectativas de autoeficacia (localización:  $r = .19$ ,  $p \leq .05$ ; control interno:  $r = .38$ ,  $p \leq .001$ ; control externo:  $r = -.27$ ,  $p \leq .001$ ; estabilidad:  $r = -.65$ ,  $p \leq .001$ ) y de lugar de control interno <sup>27</sup> (localización:  $r = -.22$ ,  $p \leq .01$ ; control interno:  $r = -.45$ ,  $p \leq .001$ ; control externo:  $r = .33$ ,  $p \leq .001$ ; estabilidad:  $r = .53$ ,  $p \leq .001$ ). La fuerza de la relación entre estas variables es considerable, a excepción de la relación que guarda la dimensión "localización" con las expectativas, que es un poco menor.

### 1.1.2. HIPÓTESIS 2: Percepción de control y afrontamiento

La segunda hipótesis sostiene que existe una relación mutua entre la percepción de control y el afrontamiento del alcohólico ante su problema, en el sentido de que cuanto mayor es la creencia de que dejar de beber está bajo control, mayor es el afrontamiento activo y menor la evitación y la resignación.

El procedimiento empleado para comprobar esta hipótesis ha sido el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 12 y muestran, en gran medida, las relaciones propuestas entre las variables "percepción de control" y "afrontamiento", por lo que la hipótesis 2 queda básicamente confirmada. Estos resultados se pueden resumir de la siguiente manera:

- Respecto a las atribuciones de la abstinencia: cuanto más se cree que la abstinencia está bajo el control personal y que es estable, más activo es el afrontamiento del problema y menos frecuente la resignación.

---

<sup>27</sup> Igual que en el caso anterior, la correlación negativa indica lugar de control interno, y la correlación positiva indica lugar de control externo. Por ejemplo, como se indica en la tabla 11, creer que la recaída está bajo el control de otros y que es algo estable (usual) correlaciona positivamente con un lugar de control externo.

Como puede observarse en la tabla 12, son las dimensiones de control interno y estabilidad las que se asocian de forma positiva con el afrontamiento activo (control interno:  $r = .15$ ,  $p \leq .05$ ; estabilidad:  $r = .28$ ,  $p \leq .001$ ); y negativamente con pautas de resignación (control interno:  $r = -.17$ ,  $p \leq .01$ ; estabilidad:  $r = -.31$ ,  $p \leq .001$ ). La fuerza de esta asociación es aceptable.

PERCEPCIÓN DE CONTROL	AFRONT. ACTIVO		EVITACIÓN		RESIGNACIÓN	
	r	n	r	n	r	n
<b>ATRIBUCIONES DE LA ABSTINENCIA</b>						
LOCALIZACIÓN	.03	(198)	.13	(195)	.03	(193)
CONTROL INTERNO	.15*	(197)	.04	(194)	-.17*	(192)
CONTROL EXTERNO	.01	(199)	.09	(196)	-.05	(194)
ESTABILIDAD	.28***	(198)	-.11	(195)	-.31***	(193)
<b>ATRIBUCIONES DE LA RECAÍDA</b>						
LOCALIZACIÓN	.05	(199)	-.10	(196)	-.05	(194)
CONTROL INTERNO	.22**	(199)	-.10	(196)	-.24***	(195)
CONTROL EXTERNO	-.13	(199)	.22**	(196)	.23***	(193)
ESTABILIDAD	-.25***	(199)	.17**	(196)	.35***	(194)
AUTOEFICACIA	.42***	(195)	-.18**	(192)	-.42***	(190)
LUGAR DE CONTROL	-.24**	(181)	.24**	(197)	.47***	(177)

(\*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$ ).

TABLA 12: Correlaciones de Pearson entre la percepción de control y el afrontamiento.

- Respecto a las atribuciones de la recaída: cuanto más se cree que la recaída está bajo el control personal y que es inestable, esto es, que es

muy inusual y que se puede evitar, más activo es el afrontamiento del problema y menos frecuente la resignación y la evitación.

De la misma forma que antes, son las dimensiones causales de control interno y estabilidad las que se relacionan de forma positiva, y con una fuerza aceptable, con el afrontamiento activo (control interno:  $r = .22$ ,  $p \leq .01$ ; estabilidad:  $r = -.25$ ,  $p \leq .001$ ); estas mismas dimensiones se asocian de forma negativa con las pautas de resignación (control interno:  $r = -.24$ ,  $p \leq .001$ ; estabilidad:  $r = .35$ ,  $p \leq .001$ ) y, en menor medida, con las de evitación (control interno:  $r = -.10$ ,  $p \leq .10$ ; estabilidad:  $r = .17$ ,  $p \leq .01$ ).

Referente a la dimensión causal de control externo, creer que la recaída está bajo el control de otros (esto es, que las demás personas pueden prevenir la recaída de un alcohólico) se asocia de forma positiva, y con una fuerza aceptable, con la evitación ( $r = .22$ ,  $p \leq .01$ ) y la resignación ( $r = .23$ ,  $p \leq .001$ ).

- Respecto a las expectativas de autoeficacia: cuanto mayor es la esperanza de ser capaz de resistir la tentación de beber en todas las situaciones que se presenten, más activo es el afrontamiento del problema ( $r = .42$ ,  $p \leq .001$ ) y menos frecuente la resignación ( $r = -.42$ ,  $p \leq .001$ ) y la evitación ( $r = -.18$ ,  $p \leq .01$ ). El grado de relación entre la autoeficacia y los dos tipos de afrontamiento primeros es importante.

- Finalmente, respecto a la expectativa de lugar de control: cuanto más se cree que dejar de beber está bajo control interno, más activo es el afrontamiento del problema ( $r = -.24$ ,  $p \leq .01$ ) y menos frecuente la evitación ( $r = .24$ ,  $p \leq .01$ ) y la resignación ( $r = .47$ ,  $p \leq .001$ ). La fuerza de las relaciones entre estas variables es aceptable.

### 1.1.3. HIPÓTESIS 3: Percepción de control y abstinencia

La hipótesis tercera sostiene que existe una relación entre la percepción de control sobre la adicción y el mantenimiento de la abstinencia, en el sentido de que a mayor percepción de control, mayor tiempo de abstinencia; así mismo, la percepción de control diferencia a los alcohólicos "rehabilitados" de los alcohólicos que están "en proceso de rehabilitación", en el sentido de que son los primeros los que tienen una mayor percepción de control.

Como se recordará, esta hipótesis se desglosa en tres, puesto que tres son los conceptos que forman la percepción de control:

**Subhipótesis 3.1:** Las atribuciones causales del éxito y fracaso en dejar de beber se relacionan con la abstinencia, en el sentido de que cuanto más adaptativas son las atribuciones causales, mayor es el período de abstinencia.

**Subhipótesis 3.2:** Las expectativas de autoeficacia en resistir la tentación de beber en las situaciones de alto riesgo se asocian positivamente con la abstinencia, en el sentido de que a mayor expectativa de autoeficacia, mayor es el período de abstinencia.

**Subhipótesis 3.3:** La expectativa de lugar de control sobre el dejar de beber se relaciona con la abstinencia, en el sentido de que cuanto más interno es el lugar de control, mayor es el período de abstinencia.

Para comprobar estas hipótesis se han utilizado dos procedimientos: el coeficiente de correlación de Pearson cuando la variable "abstinencia" se ha tomado de forma continua, y el análisis de varianza cuando la variable "abstinencia" se ha tomado de forma categorial, esto es, en tres grupos (los dos primeros grupos referidos como "en proceso de rehabilitación" y el tercero referido como "rehabilitado").

Los resultados obtenidos mediante el *coeficiente de correlación de Pearson* se recogen en la tabla 13 y permiten confirmar en gran parte la tercera hipótesis al demostrar la asociación que existe entre ciertas medidas de percepción de control y el mantenimiento de la abstinencia.

ABSTINENCIA		
PERCEPCIÓN DE CONTROL	r	n
<b>ATRIBUCIONES DE LA ABSTINENCIA</b>		
LOCALIZACIÓN	.05	(199)
CONTROL INTERNO	.19**	(198)
CONTROL EXTERNO	.14*	(200)
ESTABILIDAD	.23***	(199)
<b>ATRIBUCIONES DE LA RECAÍDA</b>		
LOCALIZACIÓN	.10	(200)
CONTROL INTERNO	.14*	(200)
CONTROL EXTERNO	-.08	(199)
ESTABILIDAD	-.36***	(200)
<b>AUTOEFICACIA</b>	.33***	(196)
<b>LUGAR DE CONTROL</b>	-.07	(182)

(\*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$ )

TABLA 13: Correlaciones de Pearson entre la percepción de control y el mantenimiento de la abstinencia.

Los resultados de la tabla 13 se pueden resumir de la manera siguiente:

- Respecto a las atribuciones: a mayor creencia de que la abstinencia está bajo control (por uno mismo y por otros) y que es estable, mayor es el periodo de abstinencia. Son las dimensiones de control interno, control externo y estabilidad las que se asocian con la abstinencia (control interno:  $r = .19$ ,  $p \leq .01$ ; control externo:  $r = .14$ ,  $p \leq .05$ ;

estabilidad:  $r = .23$ ,  $p \leq .001$ ). La fuerza de estas asociaciones es aceptable en las dimensiones de control interno y estabilidad.

Igualmente, a mayor creencia de que la recaída es algo controlable por uno y que es algo inusual, inestable, mayor es el tiempo de abstinencia: (control interno:  $r = .14$ ,  $p \leq .05$ ; estabilidad:  $r = -.36$ ,  $p \leq .001$ ). La relación entre la estabilidad y la abstinencia tiene un valor considerable.

- Respecto a la expectativa de autoeficacia: a mayor creencia de que uno es capaz de resistir la tentación de beber en las diferentes situaciones de riesgo, mayor es el periodo de abstinencia ( $r = .33$ ,  $p \leq .001$ ). El grado de esta relación es considerable.

- Por último, la expectativa de lugar de control no guarda ninguna relación con el mantenimiento de la abstinencia ( $r = -.07$ ,  $p \geq 10$ ).

Para conocer si existen diferencias en atribuciones y expectativas entre los tres grupos de alcohólicos hemos utilizado el *análisis de varianza*. Los resultados obtenidos confirman en gran medida los obtenidos por el coeficiente de Pearson, recién expuestos, y, por tanto, la hipótesis 3. En la tabla 14 se indican las medias ( $m$ ), las desviaciones típicas ( $dt$ ), la  $F$ , los grados de libertad ( $gl$ ), la probabilidad ( $p$ ) y los resultados hallados.

De la tabla 14 se desprende que una gran parte de las medidas de la percepción de control diferencian a los sujetos "rehabilitados" ( $\geq 12$  meses sin beber) de los sujetos que todavía se encuentran "en proceso" de serlo ( $\leq 3$  meses y 4-11 meses sin beber, respectivamente). Estos resultados se pueden resumir de la siguiente manera (para una visión más clara de las diferencias existentes véase más adelante la gráfica 1):

- Las atribuciones causales de la abstinencia diferencian claramente a los alcohólicos que llevan  $\geq 12$  meses en abstinencia de los que llevan  $\leq 3$  meses, en el sentido de que son los primeros los que creen más que su abstinencia está bajo su control y que es estable: (control interno:  $F(2, 195) = 3.52$ ,  $p = .0315$ ; estabilidad:  $F(2, 196) = 14.59$ ,  $p = .0000$ ).

	ABSTINENCIA								
	≤3 meses		4-11 meses		≥12 meses		F	gl	p
	m	dt	m	dt	m	dt			
<b>PERCEPCIÓN DE CONTROL</b>									
<b>ATRIBUCIONES DE LA ABSTINENCIA</b>									
LOCALIZACIÓN	11.21	2.7	11.27	2.3	11.11	2.8	0.54	2.196	.9471
CONTROL INTERNO	11.47 <sup>a</sup>	2.7	12.29	2.2	12.58 <sup>a</sup>	2.7	3.52	2.195	.0315
CONTROL EXTERNO	10.25	3.3	9.08	3.5	9.95	3.9	1.53	2.197	.2175
ESTABILIDAD	10.65 <sup>ab</sup>	2.8	11.97 <sup>a</sup>	2.5	12.86 <sup>b</sup>	2.1	14.59	2.196	.0000
<b>ATRIBUCIONES DE LA RECAÍDA</b>									
LOCALIZACIÓN	12.26 <sup>a</sup>	2.5	12.93	2.1	13.15 <sup>a</sup>	2.5	2.63	2.197	.0745
CONTROL INTERNO	10.78 <sup>ab</sup>	2.6	11.77 <sup>a</sup>	2.6	12.56 <sup>b</sup>	2.6	8.85	2.197	.0002
CONTROL EXTERNO	7.86 <sup>a</sup>	3.1	7.93 <sup>b</sup>	3.4	6.50 <sup>ab</sup>	3.3	4.08	2.196	.0184
ESTABILIDAD	8.27 <sup>ab</sup>	2.8	7.13 <sup>ab</sup>	2.5	4.93 <sup>a</sup>	1.6	36.83	2.197	.0000
AUTOEFICACIA	71.38 <sup>a</sup>	18.3	80.34 <sup>ab</sup>	15.6	92.58 <sup>ab</sup>	8.03	40.04	2.193	.0000
LUGAR DE CONTROL	31.49 <sup>ab</sup>	4.7	28.94 <sup>b</sup>	3.5	27.69 <sup>a</sup>	2.3	18.88	2.179	.0000

Nota: Las comparaciones entre m se hacen en sentido horizontal. Las m que comparten una misma letra son significativamente diferentes (prueba Duncan).

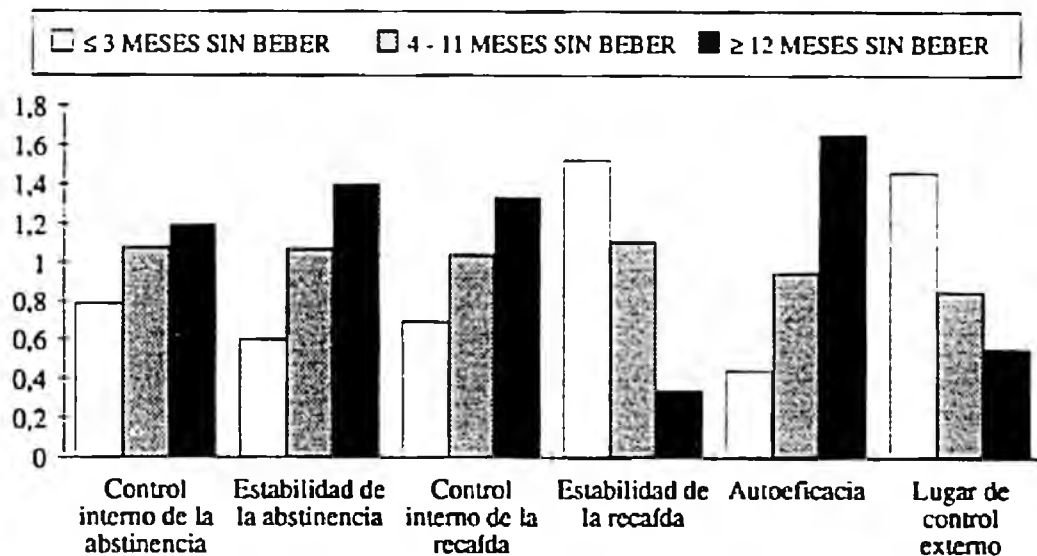
TABLA 14: Análisis de varianza de un factor. Diferencias de medias en percepción de control en función del tiempo de abstinencia.

- Las atribuciones causales de la recaída diferencian, igualmente, a los alcohólicos que llevan  $\geq 12$  meses sin beber de los alcohólicos que llevan  $\leq 3$  meses, en el sentido de que son los primeros los que creen más que la recaída está bajo su control y que es algo muy inusual: (control interno:  $F(2, 197) = 8.85, p = .0002$ ; estabilidad:  $F(2, 197) = 36.83, p = .0000$ ).

Como se puede observar en la tabla (a través de las medias) y en la gráfica 1, el grupo intermedio, el que lleva entre 4 y 11 meses sin beber, se diferencia menos del que lleva  $\geq 12$  meses que el que lleva  $\leq 3$  meses, y ello en las dos medidas de las atribuciones.

- La autoeficacia diferencia también a los grupos de alcohólicos. El grupo de alcohólicos que lleva  $\geq 12$  meses en abstinencia presenta una mayor confianza en resistir la tentación de beber, y ello en cualquier situación que se le presente, que los otros dos grupos de alcohólicos ( $F(2, 193) = 40.04, p = .0000$ ). Nuevamente, las diferencias son mayores entre el grupo que lleva  $\geq 12$  meses sin beber y el que lleva  $\geq 3$  meses.

- Finalmente, la expectativa de lugar de control diferencia al grupo que lleva  $\leq 3$  meses en abstinencia de los otros dos grupos de alcohólicos, en el sentido de que son aquéllos los que más creen que dejar de beber no está bajo su control ( $F(2, 179) = 18.88, p = .0000$ ).



Gráfica 1. Diferencias en percepción de control en función del tiempo de abstinencia.

#### 1.1.4. HIPÓTESIS 4: Afrontamiento y abstinencia

La cuarta hipótesis sostiene que existe una relación entre el afrontamiento del problema de alcoholismo y el mantenimiento de la abstinencia, en el sentido de que cuanto más activo es el alcohólico ante su problema, menos lo evita y menos se resigna, mayor es su tiempo de abstinencia; así mismo, el afrontamiento diferencia a los alcohólicos "rehabilitados" de los alcohólicos "en proceso de rehabilitación", en el sentido de que son los primeros los que afrontan su problema de forma más activa, lo evitan menos y se resignan menos.

De la misma manera que en la hipótesis 3, los procedimientos estadísticos empleados son dos: el coeficiente de correlación de Pearson cuando la variable "abstinencia" se toma de forma continua, y el análisis de varianza cuando la variable "abstinencia" se toma de forma categorial, esto es, en grupos.

Los resultados obtenidos al emplear el *coeficiente de correlación de Pearson* se recogen en la tabla 15:

AFRONTAMIENTO	ABSTINENCIA	
	r	n
ACTIVO	.20*	200
EVITACIÓN	-.05	197
RESIGNACIÓN	-.09	195

(\*:  $p \leq .01$ )

TABLA 15: Correlaciones de Pearson entre el afrontamiento y el mantenimiento de la abstinencia.

De esta tabla se desprende que existe cierta relación entre la forma con que el alcohólico afronta su problema de alcoholismo y el tiempo que lleva en abstinencia, lo que nos permite confirmar sólo en parte la hipótesis 4. Esta relación es como sigue:

- El afrontamiento activo y directo del problema se asocia positivamente con un tiempo de abstinencia prolongado, es decir, cuanto más activa y decidida es la forma de afrontar el problema de la adicción, mayor es el tiempo que se lleva sin beber ( $r = .20$ ,  $p \leq .01$ ). La fuerza de esta relación es aceptable.

- La evitación y la resignación no se hallan relacionadas con la abstinencia (evitación:  $r = -.05$ ,  $p \geq .10$ ; resignación:  $r = -.09$ ,  $p \geq .10$ ).

Los resultados obtenidos al emplear el *análisis de varianza* entre el afrontamiento y los tres grupos de alcohólicos quedan recogidos en la tabla 16, y permiten confirmar plenamente la hipótesis 4 al mostrar la existencia de diferencias significativas en las tres pautas de afrontamiento entre los alcohólicos "rehabilitados" ( $\geq 12$  meses sin beber) y "en proceso de serlo" ( $\leq 3$  meses y entre 4 y 11 meses sin beber).

AFRONTAMIENTO	ABSTINENCIA						F	gl	p
	$\leq 3$ meses		4-11 meses		$\geq 12$ meses				
	m	dt	m	dt	m	dt			
ACTIVO	32.55 <sup>a</sup>	5.07	33.46 <sup>b</sup>	5.2	36.40 <sup>ab</sup>	3.6	13.76	2.197	.0000
EVITACIÓN	20.25 <sup>a</sup>	6.7	20.11 <sup>b</sup>	7.3	17.40 <sup>ab</sup>	6.2	3.87	2.194	.0024
RESIGNACIÓN	7.28 <sup>a</sup>	3.4	6.68	2.4	5.70 <sup>a</sup>	1.4	6.38	2.192	.0021

Nota: Las comparaciones entre m se hacen en sentido horizontal. Las m que comparten una misma letra son significativamente diferentes (prueba de Duncan).

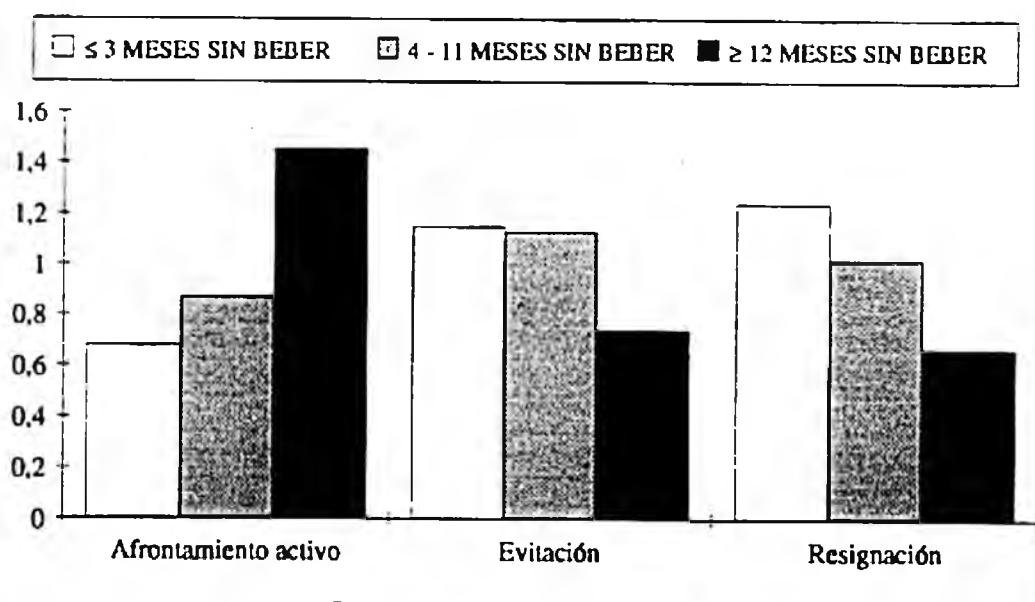
TABLA 16: Análisis de varianza de un factor. Diferencias de medias en afrontamiento en función del tiempo de abstinencia.

Los resultados obtenidos pueden resumirse de la siguiente manera (para una visión más clara de las diferencias existentes véase la gráfica 2):

- Los alcohólicos "rehabilitados" ( $\geq 12$  meses sin beber) se caracterizan por un afrontamiento más activo ante su problema a diferencia de los otros dos grupos ( $F(2, 197) = 13.76, p = .0000$ ). Como puede observarse en la tabla 16 (a través de las medias) y en la gráfica 2, estas diferencias son mayores con el primer grupo ( $\leq 3$  meses) que con el segundo (4-11 meses).

- Los alcohólicos "rehabilitados" evitan el pensar en u olvidan su problema de alcoholismo menos que los otros dos grupos ( $F(2, 194) = 3.87, p = .0024$ ).

- Los alcohólicos "rehabilitados" no se resignan ante su problema, o lo hacen en menor medida, que los alcohólicos con un tiempo  $\leq 3$  meses de abstinencia ( $F(2, 192) = 6.38, p = .0021$ ). Las diferencias entre el grupo que lleva  $\geq 12$  meses sin beber ("rehabilitados") y el que lleva entre 4 y 11 meses no son significativas.



Gráfica 2. Diferencias en afrontamiento en función del tiempo de abstinencia.

### 1.1.5. HIPÓTESIS 5: Variables sociodemográficas y abstinencia

La quinta hipótesis sostiene que la relación entre variables sociodemográficas y el mantenimiento de la abstinencia es escasa o nula.

Para comprobar esta hipótesis se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson. Los resultados se presentan en la tabla 17, y de ella se desprende que la relación entre las variables sociodemográficas y el mantenimiento de la abstinencia es escasa, lo cual confirma la hipótesis 5. De todas las variables medidas, sólo la edad se asocia con la abstinencia, pero de forma débil, lo que indica que a mayor edad, mayor es el tiempo de abstinencia ( $r = .13$ ,  $p \leq .05$ ).

	ABSTINENCIA	
	r	n
+SEXO	-.11	(201)
EDAD	.13*	(199)
+ESTUDIOS	-.03	(200)
+TRABAJO	-.09	(187)
+ESTADO CIVIL	.05	(201)

(\*:  $p \leq .05$ ).

(+: variables Dumy).

TABLA 17: Correlación entre las variables sociodemográficas y el mantenimiento de la abstinencia.

### 1.1.6. HIPÓTESIS 6: Variables de cronicidad y abstinencia

La hipótesis sexta sostiene que la relación entre las variables de historia de alcoholismo o cronicidad y el mantenimiento de la abstinencia es escasa o nula, a excepción del tiempo de tratamiento (médico y grupal); en este sentido, cuanto mayor es

el tiempo que se lleva acudiendo al tratamiento médico y/o de grupos de autoayuda, mayor es el tiempo de abstinencia. Así mismo, no existen diferencias significativas en las variables de cronicidad entre los alcohólicos "rehabilitados" y los que están "en proceso de rehabilitación", a excepción del tiempo de tratamiento médico y/o grupal; en este sentido, los alcohólicos "rehabilitados" se caracterizan por llevar acudiendo más tiempo al tratamiento médico y/o a la asociación que los grupos que están "en proceso" de serlo.

Los procedimientos estadísticos empleados para comprobar esta hipótesis han sido el coeficiente de correlación de Pearson, cuando la abstinencia se toma como variable continua, y el análisis de varianza, cuando la abstinencia se toma como categorial, esto es, en grupos.

Los resultados obtenidos a través del *coeficiente de correlación de Pearson* se muestran en la tabla 18, y sólo confirman parcialmente la hipótesis formulada. Estos resultados revelan una relación significativa entre todas las variables de cronicidad y el mantenimiento de la abstinencia.

	ABSTINENCIA	
	r	n
DURACIÓN	.26***	(196)
SEVERIDAD	.31***	(170)
DEPENDENCIA	.27***	(196)
TRAT. MÉDICO	.16*	(199)
TRAT. GRUPO	.80***	(193)

(\*:  $p \leq 0.5$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$ )

TABLA 18: Correlación de Pearson entre las variables de historia de alcoholismo y el mantenimiento de la abstinencia.

Podemos resumir así los resultados obtenidos:

- La duración del problema, la severidad y la dependencia se asocian positivamente con la abstinencia, en el sentido de que a mayor duración, a mayor severidad y a mayor dependencia pasadas, mayor es el período de abstinencia (duración:  $r = .26$ ,  $p \leq .001$ ; severidad:  $r = .31$ ,  $p \leq .001$ ; dependencia:  $r = .27$ ,  $p \leq .001$ ). La fuerza de estas relaciones es aceptable.

- La asistencia a grupos de autoayuda (A.A. y Cruz de Oro) tiene una relación positiva con el mantenimiento de la abstinencia, en el sentido de que cuanto mayor es el tiempo que se lleva acudiendo a alguna asociación, mayor es el periodo de abstinencia; de todas las variables, es la que se halla más fuertemente asociada a la abstinencia, siendo el grado de su fuerza muy grande ( $r = .80$ ,  $p \leq .001$ ). El acudir al tratamiento médico también se relaciona con el tiempo de abstinencia, aunque en bastante menor medida ( $r = .16$ ,  $p \leq .05$ ). Esta relación indica que a mayor tiempo de asistencia al tratamiento, mayor es el tiempo de abstinencia.

Al realizar el *análisis de varianza*, para comprobar si existen diferencias en cronicidad en función del tiempo que llevan los alcohólicos sin beber, los resultados que se han obtenido son similares a los obtenidos por el coeficiente de correlación de Pearson, pero con una excepción: el tratamiento médico. Estos resultados confirman sólo parcialmente la hipótesis 6.

Los resultados obtenidos por el análisis de varianza se presentan en la tabla 19, y reflejan la existencia de diferencias entre los alcohólicos "rehabilitados" y los que están "en proceso" en prácticamente todas las variables de historia de alcoholismo. Estas diferencias son como siguen:

- Los alcohólicos "rehabilitados" ( $\geq 12$  meses), comparados con los otros dos grupos, se caracterizan por haber presentado una mayor duración del problema ( $F(2, 193) = 6.51$ ,  $p = .0018$ ), una mayor severidad ( $F(2, 167) = 18.51$ ,  $p = .0000$ ), una mayor dependencia del

alcohol ( $F(2, 193) = 11.49, p = .0000$ ) y un mayor tiempo de asistencia al grupo ( $F(2, 190) = 22.97, p = .0000$ ).

- No existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto al tiempo que llevan acudiendo al tratamiento médico ( $F(2, 196) = 2.26, p = .1063$ ). No obstante, sí se observa (a través de las medias) cómo el grupo de rehabilitados ha estado durante un mayor tiempo en tratamiento médico que los otros dos grupos. Una vez más, las diferencias son mayores entre el grupo que lleva  $\geq 12$  meses sin beber y el que lleva  $\leq 3$  meses que entre el grupo que lleva en abstinencia  $\geq 12$  meses y el que lleva entre 4 y 11 meses, y ello en todas las variables.

	ABSTINENCIA								
	$\leq 3$ meses		4-11 meses		$\geq 12$ meses		F	gl	p
	m	dt	m	dt	m	dt			
DURACIÓN	114.22 <sup>ab</sup>	94.9	153.72	119.6	172.02	93.7	6.51	2.193	.0018
SEVERIDAD	7.28 <sup>a</sup>	2.4	8.29 <sup>ab</sup>	2.1	9.58 <sup>ab</sup>	1.8	18.51	2.167	.0000
DEPENDENCIA	14.01 <sup>a</sup>	4.3	15.24 <sup>b</sup>	4.2	17.73 <sup>ab</sup>	5.5	11.49	2.193	.0000
TRAT. MÉDICO	23.98 <sup>a</sup>	4.4	30.64	9.3	42.41 <sup>a</sup>	7.1	2.26	2.196	.1063
TRAT. GRUPO	3.32 <sup>a</sup>	1.9	11.77 <sup>b</sup>	3.8	45.46 <sup>ab</sup>	6.8	22.97	2.190	.0000

Nota: Las comparaciones entre m se hacen en sentido horizontal. Las m que comparten una misma letra son significativamente diferentes (prueba Duncan).

TABLA 19: Análisis de varianza de un factor. Diferencias de medias en variables de cronicidad en función del tiempo de abstinencia.

### 1.1.7. CONCLUSIONES

Para concluir, se pueden resumir en tres los resultados obtenidos en la fase primera:

A. La percepción de control sobre la adicción (atribuciones causales, expectativas de autoeficacia y de lugar de control) y el afrontamiento activo del problema de alcoholismo se asocian positivamente con el mantenimiento de la abstinencia. En este sentido, cuanto mayor es la percepción de control sobre el dejar de beber y mayor es el afrontamiento activo del problema, mayor es el tiempo de abstinencia conseguido. La fuerza de estas relaciones ha resultado ser aceptable y/o considerable.

B. No existen relaciones significativas entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y estado civil) y el mantenimiento de la abstinencia, a excepción de la variable edad. A medida que aumenta la edad, aumenta el período de abstinencia, pero esta relación ha resultado ser muy baja.

C. Las variables de historia de alcoholismo, también llamadas de cronicidad, se relacionan con el mantenimiento de la abstinencia, en el sentido de que a mayor duración, a mayor severidad, a mayor dependencia pasadas, y a mayor tiempo de asistencia médica y a grupos de autoayuda (A.A. y Cruz de Oro), el tiempo de abstinencia es mayor. La asistencia a los grupos ha resultado ser la variable que más fuertemente se asocia con la abstinencia. El resto de las variables guardan una relación aceptable.

Debido a la relación encontrada entre las variables psicológicas, la edad y las variables de cronicidad, por un lado, y la abstinencia, por otro, surge la cuestión de si la relación "variables psicológicas y abstinencia" se mantiene por sí misma o se debe a la posible "influencia" de estas otras variables. Con el objeto de contestar a esta pregunta, se han realizado varios análisis de regresión múltiple. Estos análisis permiten conocer si la percepción de control y el afrontamiento (nuestras variables psicológicas) se relacionan con la abstinencia independientemente de la edad y la cronicidad o si, por el contrario, son estas variables no psicológicas las que explican el mantenimiento de la abstinencia.

En total se han realizado 13 análisis de regresión, en los que se introdujeron siempre como variables predictoras la edad, las variables de cronicidad (la duración del

problema, su severidad, la dependencia y el tiempo de tratamiento médico y/o grupal) y una a una las variables psicológicas (que desglosadas suman 13), y como variable criterio la abstinencia. De esta manera, se controla o "neutraliza" el efecto de las variables no psicológicas y se observa, como hemos dicho, si la percepción de control y el afrontamiento explican la abstinencia.

Los resultados obtenidos se presentan resumidos en una única tabla, en lugar de las 13 correspondientes. En esta tabla-resumen (20) se indican el nombre de las variables psicológicas (percepción de control y afrontamiento) <sup>28</sup>, el coeficiente de correlación múltiple (RM), el grado de variabilidad de la variable criterio explicado por las variables predictoras seleccionadas <sup>29</sup> ( $R^2$ ), Beta (B: el coeficiente de regresión de la variable predictoradora cuando es expresada de forma estandarizada) y r (el coeficiente de correlación de Pearson correspondiente a las variables predictoradoras cuando no se controlaba el efecto de las variables edad y de cronicidad):

Las conclusiones que se pueden extraer de la tabla 20 son las siguientes:

- Controlando el efecto de las variables no psicológicas, la percepción de control explica por sí sola la abstinencia. Es decir, creer que la abstinencia está bajo control (tanto interno como externo) y que es algo estable; creer que la recaída es algo inusual, es decir, inestable; creer que uno es capaz de resistir la tentación de beber en diferentes situaciones de riesgo; y creer que dejar de beber es contingente con los propios esfuerzos (diferentes medidas de percepción de control) explica y predice el mantenimiento de la abstinencia.
- Controlando el efecto de las variables no psicológicas, las respuestas de afrontamiento no explican por sí solas la abstinencia.

---

<sup>28</sup> La situación de las variables psicológicas en la tabla es arbitraria, no obedece al orden obtenido por el análisis. Recuérdese que cada variable constituiría por sí misma una tabla diferente, al realizar 13 análisis de regresión diferentes, pero se han agrupado los resultados en una sola tabla para facilitar su lectura.

<sup>29</sup> La variabilidad o varianza de la variable criterio (abstinencia) se explica por las siguientes variables predictoras: "severidad del problema" y "tratamiento de grupo" (que han sido siempre significativas con una  $p \leq .05$ ) y en cada caso por la variable psicológica que aparece señalada con un asterisco.

VARIABLES PSICOLÓGICAS	ABSTINENCIA			
	RM	R <sup>2</sup>	B	r
<b>PERCEPCIÓN DE CONTROL:</b>				
LOCALIZACIÓN DE LA ABSTINENCIA	.73	.52	-.09	.05
CONTROL INTERNO DE LA ABSTINENCIA	.74	.53	.12*	.19**
CONTROL EXTERNO DE LA ABSTINENCIA	.74	.53	.11*	.14*
ESTABILIDAD DE LA ABSTINENCIA	.74	.54	.16**	.23***
LOCALIZACIÓN DE LA RECAÍDA	.73	.51	.05	.10
CONTROL INTERNO DE LA RECAÍDA	.73	.51	.04	.14*
CONTROL EXTERNO DE LA RECAÍDA	.74	.52	-.04	-.08
ESTABILIDAD DE LA RECAÍDA	.78	.59	-.29***	-.36***
AUTOEFICACIA	.76	.57	.23***	.33***
LUGAR DE CONTROL	.75	.54	-.15**	-.07
<b>AFRONTAMIENTO:</b>				
ACTIVO	.72	.50	.00	.20*
EVITACIÓN	.74	.53	-.02	-.05
RESIGNACIÓN	.74	.53	-.07	-.09

(: \*: p< .05; \*\*: p< .01; \*\*\*: p< .001)

TABLA 20: Análisis de regresión múltiple.

## 1.2. FASE SEGUNDA

Como se ha indicado, el objetivo de esta fase segunda era conocer la relación entre las variables psicológicas, sociodemográficas y de historia de alcoholismo de los sujetos, tomadas en el primer tiempo, y el resultado que éstos presentarían a los 6 meses de haber contestado a los cuestionarios (abstinencia o recaída).

Los resultados de las dos hipótesis planteadas en esta fase deben considerarse con cierta cautela, ya que no se conoce si ha habido alguna variación en las creencias y formas de afrontar el problema durante estos 6 meses. A pesar de esta posible limitación, creemos que es ilustrativo mostrar las relaciones encontradas entre las variables estudiadas en la primera fase y la recaída producida durante estos 6 meses.

Antes de describir los resultados de las hipótesis de esta fase, comentaremos varios aspectos relacionados con la muestra: el número de sujetos localizados, la tasa de recaídas y el porcentaje de pacientes que continuaban acudiendo al tratamiento médico y/o grupal durante los 6 meses de seguimiento.

De los 201 alcohólicos que participaron en la primera fase del estudio, 14 sujetos no han podido ser localizados. De estos 14 sujetos, 2 fallecieron durante el tiempo de seguimiento. Traducido a porcentajes, tenemos un 6% de desaparecidos y un 1% de fallecimientos, lo que sitúa nuestro estudio de seguimiento ligeramente por encima de los niveles aceptables (Gual i Sole -1988- indica que Vaillant -1983- señaló necesaria una tasa inferior al 4% de desaparecidos para considerar el estudio de seguimiento aceptable). El tamaño de la muestra con el que se ha trabajado en esta fase es, por tanto, de 187 sujetos. Estos datos se presentan en la tabla 21:

MUESTRA 1ª FASE	DESAPARECIDOS	FALLECIDOS	MUESTRA 2ª FASE
201	12	2	187

TABLA 21: Tamaño de la muestra antes y después del seguimiento.

En lo que respecta a la tasa de recaídas, ésta, considerando la muestra localizable (187), se sitúa en el 28.9%, siendo un 71.1% el porcentaje de sujetos que permanecen abstemios. Estos datos pueden observarse en la tabla 22:

	RECAÍDA	ABSTINENCIA
%	28.9%	71.1%
n (187)	54	133

TABLA 22: Tasa de recaída en toda la muestra.

Si excluimos de la muestra a los sujetos que llevaban 12 ó más meses de abstinencia (es decir, a los que hemos dado en llamar "rehabilitados") y nos quedamos con los sujetos que llevaban tiempos de abstinencia inferiores a los 12 meses (118), el porcentaje de recaída, como puede observarse en la tabla 23, asciende al 40%:

	RECAÍDA	ABSTINENCIA
%	40.7%	59.3%
n (118)	48	70

TABLA 23: Tasa de recaída entre los alcohólicos que llevaban un tiempo  $\leq$  12 meses sin beber.

En lo que se refiere al porcentaje de pacientes que continuaban acudiendo al tratamiento, y considerando sólo el conjunto de sujetos localizables (187), encontramos que el 75.9% continuaba acudiendo al tratamiento médico, mientras que un 89.9% lo hacía respecto al grupo de autoayuda. Para conocer si existe alguna relación entre dejar de acudir al tratamiento (médico o grupal) y la tasa de recaída se realizaron análisis ji

cuadrado. Los resultados de estos análisis (en forma de porcentajes) se presentan en las tablas 24 y 25.

De la tabla 24 se desprende que existen diferencias significativas en la tasa de recaída en función de la continuidad o no en el tratamiento médico ( $\chi^2 (1) = 13.76, p = .001$ ). Estas diferencias señalan que la tasa de recaída es mayor entre los sujetos que han dejado de acudir al tratamiento (62.9%) que entre los que siguen acudiendo (28.2%).

	TOTAL	TRAT. MÉDICO	
		CONTINÚA	NO CONTINÚA
RECAÍDA	36.6%	28.2%	62.9%
ABSTINENCIA	63.4%	71.8%	37.1%
MUESTRA	145	110	35

TABLA 24: Relación entre la tasa de recaída y la continuidad en el tratamiento médico a los 6 meses.

Los resultados de la tabla 25 reflejan, igualmente, la existencia de diferencias significativas en la tasa de recaída en función de la continuidad o no en el tratamiento de grupo ( $\chi^2 (1) = 37.97, p = .0001$ ). Estas diferencias indican que la tasa de recaída es mayor entre los sujetos que han dejado de acudir al grupo de autoayuda o asociación (100%) que entre los que continúan acudiendo (9.9%).

	TOTAL	TRAT. GRUPO	
		CONTINÚA	NO CONTINÚA
RECAÍDA	19.9%	9.9%	100%
ABSTINENCIA	81.0%	90.1%	0%
MUESTRA	79	15	64

TABLA 25: Relación entre la tasa de recaída y la continuidad en el grupo a los 6 meses.

A continuación, pasamos a considerar las hipótesis que se plantearon en esta fase de seguimiento.

### 1.2.1. HIPÓTESIS 7: Variables sociodemográficas y de cronicidad y recaída.

La hipótesis séptima sostiene que las variables sociodemográficas y de cronicidad (o historia de alcoholismo) no discriminan significativamente a los alcohólicos reincidentes de los que mantienen su abstinencia transcurridos 6 meses, a excepción de las variables "periodo de abstinencia previo", "periodo de tratamiento médico" y "periodo de asistencia a grupos de autoayuda"; en este sentido, se espera que los alcohólicos que hayan recaído se caractericen por llevar sin beber menos tiempo y por acudir a la consulta y/o al grupo de autoayuda en menor medida que los alcohólicos que mantienen su abstinencia.

Para estudiar esta hipótesis se han llevado a cabo una serie de análisis ji cuadrado, en el caso de variables sociodemográficas, y análisis de diferencias t de Student, para las variables de historia de alcoholismo.

Los resultados obtenidos con las variables sociodemográficas se exponen en las tablas 26, 27, 28 y 29, y confirman en gran medida la hipótesis 7.

De la tabla 26 se desprende que no existen diferencias significativas en la tasa de recaída en función del sexo ( $\chi^2(1) = .25, p = .6162$ ). El porcentaje de hombres y mujeres que recaen es similar.

RESULTADO	TOTAL	SEXO	
		HOMBRE	MUJER
RECAÍDA	28.9%	29.7%	25.6%
ABSTINENCIA	71.1%	70.3%	74.4%
MUESTRA	187	148	39

TABLA 26: Relación entre la tasa de recaída y el sexo.

Los resultados de la tabla 27 señalan que existen diferencias significativas en la tasa de recaída en función del nivel de estudios ( $\chi^2 (2) = 8.72, p = .0127$ ). Estas diferencias indican que la recaída es más frecuente cuanto menor es el nivel de estudios.

RESULTADO	TOTAL	ESTUDIOS		
		PRIM.	BACH/F.P.	UNIV.
RECAÍDA	28.5	42.4%	23.7%	16.7%
ABSTINENCIA	71.5%	57.6%	76.3%	83.3%
MUESTRA	186	59	97	30

TABLA 27: Relación entre la tasa de recaída y el nivel de estudios.

De la tabla 28 se desprende que no existen diferencias significativas en la tasa de recaída en función de la situación laboral ( $\chi^2 (1) = 1.88, p = .1695$ ). La proporción de recaídas es similar entre los que están trabajando y los que no lo están.

RESULTADO	TOTAL	TRABAJO	
		ACTIVO	INACTIVO
RECAÍDA	28.2%	24.3%	33.8%
ABSTINENCIA	71.8%	75.7%	66.2%
MUESTRA	174	103	71

TABLA 28: Relación entre la tasa de recaída y la situación laboral.

En la tabla 29 de la página siguiente se puede observar que no existen diferencias significativas en la tasa de recaída en función del estado civil ( $\chi^2 (1) = 2.45, p = .1174$ ). La proporción de recaídas es similar entre los casados y los no casados.

RESULTADO	TOTAL	ESTADO CIVIL	
		CASADOS	NO CASADOS
RECAÍDA	28.9%	25%	35.8%
ABSTINENCIA	71.1%	75%	64.2%
MUESTRA	187	120	67

TABLA 29: Relación entre la tasa de recaída y el estado civil

Para conocer si la variable "edad" discrimina a los sujetos que recaen de los que se mantienen en abstinencia, se ha llevado a cabo un análisis de diferencias t de Student. Los resultados se presentan en la tabla siguiente, 30, y muestran que no existen diferencias significativas en la edad entre los sujetos que recaen y los que no recaen ( $t(183) = .16, p = .208$ ).

	RECAÍDA		ABSTINENCIA		t	gl	p
	m	dt	m	dt			
EDAD	41.37	7.7	43.25	9.7	-1.26	183	.208

TABLA 30: Diferencias de medias en la tasa de recaída en función de la edad a los 6 meses

A continuación, se exponen en la tabla 31 los resultados encontrados con las variables de historia de alcoholismo, los cuales confirman básicamente la hipótesis 7. De todas las variables de historia de alcoholismo medidas, sólo el acudir al grupo y el tiempo de abstinencia previa diferencian a los sujetos que recaen de los que no recaen (trat. grupo:  $t(65.46) = -3.55, p = .000$ ; abstinencia previa:  $t(159.13) = -5.21, p = .000$ ). En este sentido, se observa que los sujetos que recaen a los 6 meses llevaban menos tiempo asistiendo a grupos de autoayuda y menos tiempo en abstinencia, en comparación con los que se han mantenido en abstinencia.

	RECAÍDA		ABSTINENCIA		t	gl	p
	m	dt	m	dt			
DURACIÓN	130.77	86.8	150.86	107.12	-1.21	180	.228
SEVERIDAD	8.24	2.5	8.47	2.3	-.54	155	.590
DEPENDENCIA	15.07	4.5	15.81	5.2	-.89	180	.373
TRAT. MÉDICO	39.96	51.7	26.25	48.3	1.72	183	.088
TRAT. GRUPO	6.37	16.8	22.03	49.7	-4.34	174.07	.000
ABSTINENCIA PREVIA	5.83	10.83	29.63	49.84	-5.21	159.13	.000

TABLA 31: Diferencias de medias en variables de historia de alcoholismo en función del resultado (recaída o abstinencia) a los 6 meses.

Se han realizado también análisis de ji cuadrado para observar si existe una relación entre la tasa de recaída y el tiempo de abstinencia que llevaban los sujetos en el momento de participar en el estudio (esta vez, la abstinencia se toma como variable categorial, esto es, en grupos). Los resultados obtenidos se detallan en la tabla siguiente, y confirman los obtenidos por medio del análisis t de Student: existen diferencias significativas en la tasa de recaída en función del tiempo de abstinencia previo ( $\chi^2(2) = 22,79, p = .0001$ ). Estas diferencias señalan que la recaída es más frecuente entre los sujetos que llevaban un tiempo de abstinencia menor.

RESULTADO	TOTAL	ABSTINENCIA		
		≤3 meses	4-11 meses	≥12 meses
RECAÍDA	28.9%	44.%	34.9%	8.7%
ABSTINENCIA	71.1%	56%	65.1%	91.3%
MUESTRA	187	75	43	69

TABLA 32: Relación entre la tasa de recaída a los 6 meses y el tiempo de abstinencia previo.

### 1.2.2. HIPÓTESIS 8: Percepción de control y afrontamiento y recaída

La hipótesis 8 sostiene que las variables psicológicas (percepción de control y afrontamiento) discriminan significativamente a los alcohólicos que recaen de los que se mantienen en abstinencia transcurridos 6 meses; en este sentido, se espera que los alcohólicos que hayan recaído se caractericen por una percepción de control sobre el problema y por un afrontamiento activo menores, y por una mayor evitación y resignación que los que se mantienen en abstinencia.

El procedimiento empleado para comprobar esta hipótesis es el análisis de la *t* de Student. Los resultados obtenidos con la variable **percepción de control** se recogen en la tabla 33 y muestran importantes diferencias en algunas de las medidas de percepción de control entre los sujetos que recaen y los que no recaen, lo que confirma en cierta manera la hipótesis 8. Estos resultados se pueden resumir de la siguiente forma (para una visión más clara de las diferencias obtenidas véase más adelante la gráfica 3):

- Respecto a las atribuciones de la abstinencia: los sujetos que recaen se caracterizan por creer que su abstinencia es menos estable que los que permanecen abstinentes ( $t(184) = -3.79, p = .000$ ).

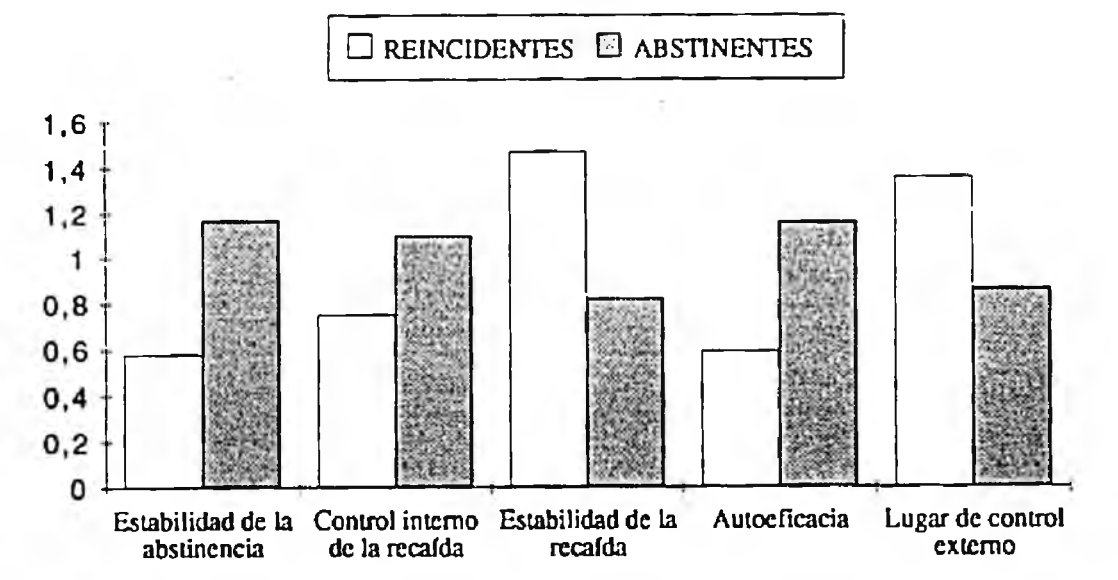
Con respecto a la recaída: los sujetos que recaen creen que el fracaso en dejar de beber es menos controlable y más estable (más frecuente) que los sujetos que no recaen (control interno:  $t(184) = -2.31, p = .022$ ; estabilidad:  $t(185) = 4.06, p = .000$ ).

- Respecto a las expectativas de autoeficacia: los sujetos que recaen se caracterizan por tener menos confianza en resistir la tentación de beber cuando se encuentran en situaciones de riesgo que los que no recaen ( $t(181) = -3.74, p = .000$ ).

- Finalmente, respecto a la expectativa de lugar de control: los sujetos que recaen creen más que dejar de beber no está bajo su control a diferencia de los sujetos que se mantienen abstinentes ( $t(166) = 3.17, p = .002$ ).

PERCEPCIÓN DE CONTROL	RECAÍDA		ABSTINENCIA		t	gl	p
	m	dt	m	dt			
<b>ATRIBUCIONES DE ABSTINENCIA</b>							
LOCALIZACIÓN	11.20	2.8	11.13	2.6	.16	184	.870
CONTROL INTERNO	11.73	2.8	12.16	2.8	-.97	182	.333
CONTROL EXTERNO	9.62	3.5	9.93	3.6	-.51	184	.610
ESTABILIDAD	10.60	2.6	12.23	2.6	-3.76	184	.000
<b>ATRIBUCIONES DE RECAÍDA</b>							
LOCALIZACIÓN	12.37	2.7	12.92	2.2	-1.39	184	.166
CONTROL INTERNO	10.98	2.7	11.98	2.6	-2.31	184	.022
CONTROL EXTERNO	7.71	3.4	7.09	3.2	1.17	183	.243
ESTABILIDAD	7.96	2.8	6.20	2.6	4.06	185	.000
AUTOEFICACIA	74.13	18.3	84.47	16.1	-3.74	181	.000
LUGAR DE CONTROL	31.02	4.1	28.90	3.8	3.17	166	.002

TABLA 33: Diferencias de medias en percepción de control en función del resultado (recaída o abstinencia) a los 6 meses.



Gráfica 3. Diferencias en percepción de control entre reincidentes y abstinentes.

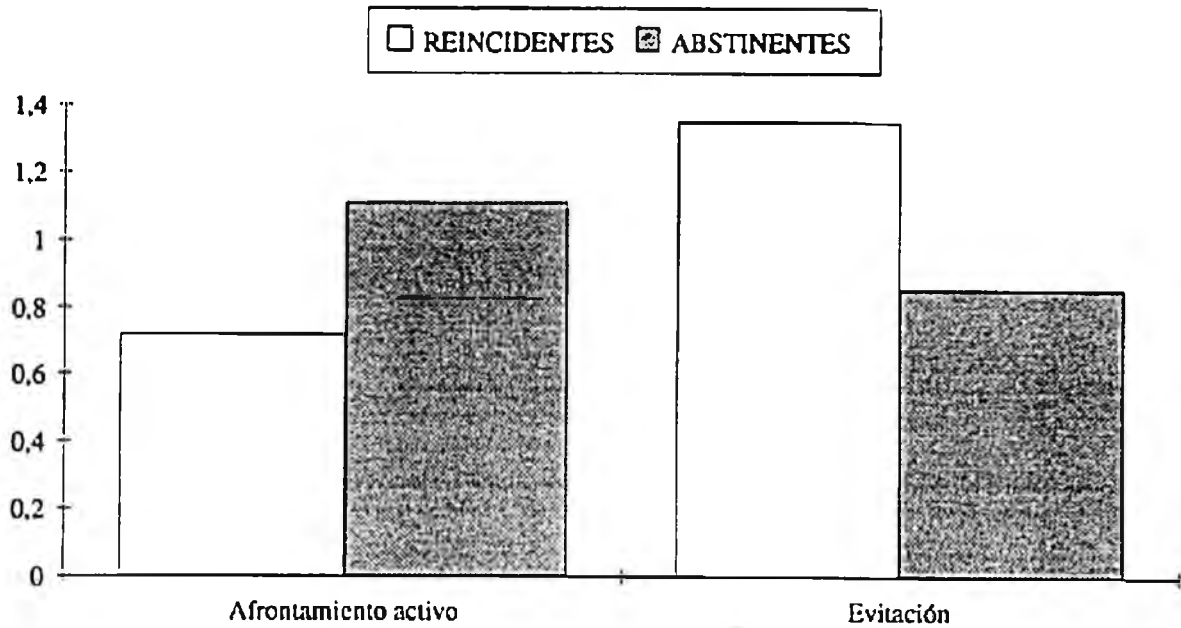
Por último, y con respecto a la variable **afrontamiento**, los resultados obtenidos se presentan en la tabla 34 y nos permiten apoyar parcialmente la hipótesis.

AFRONTAMIENTO	RECAÍDA		ABSTINENCIA		t	gl	p
	m	dt	m	dt			
ACTIVO	32.66	5.3	34.65	4.6	-2.54	184	.012
EVITACIÓN	21.51	6.6	18.23	6.4	3.09	181	.002
RESIGNACIÓN	7.05	3.1	6.28	2.2	1.64	76.07	.102

TABLA 34: Diferencias de medias en afrontamiento en función del resultado (recaída o abstinencia) a los 6 meses.

Estos resultados son como siguen (véase la gráfica 4 de la página siguiente para observar las diferencias halladas):

- Los sujetos que recaen se caracterizan por un afrontamiento menos activo que los sujetos que no recaen ( $t(184) = -2.54, p = .012$ ).
- Los sujetos que recaen evitan afrontar el problema de alcoholismo en mayor medida que los que no recaen ( $t(181) = 3.09, p = .002$ ).
- La resignación no discrimina a los dos grupos ( $t(76.07) = 1.64, p = .102$ ).



Gráfica 4. Diferencias en afrontamiento entre reincidentes y abstinentes.

### 1.2.3. CONCLUSIONES

Para concluir, se pueden resumir en tres los resultados obtenidos en esta fase de seguimiento:

A. Las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y estado civil) no diferencian significativamente a los sujetos que recaen de los sujetos que se abstienen durante un período de 6 meses, a excepción del nivel de estudios. Según esta diferencia, la recaída es más frecuente en los sujetos con un nivel de estudios inferior.

B. El tiempo de asistencia a grupos de autoayuda (A.A. y Cruz de Oro) y el tiempo de abstinencia previo diferencian significativamente a los sujetos que recaen de los que se mantienen en abstinencia durante un período de 6 meses. Estas diferencias indican que cuanto menor es el tiempo que se lleva acudiendo a grupos y cuanto menor es el tiempo de abstinencia que se ha conseguido, la recaída es más frecuente. Ninguna otra diferencia en cronicidad (duración del problema, severidad, dependencia pasada y tiempo de asistencia al tratamiento médico) se ha encontrado.

C. La percepción de control y el afrontamiento diferencian en gran medida a los sujetos que recaen de los sujetos que se abstienen en un período de 6 meses. En este sentido, se observa que cuanto menor era la percepción de control sobre la adicción y cuanto menos activo era el afrontamiento del problema, y más se recurría a la evitación, en el momento de ser entrevistados, la recaída a los 6 meses ha sido más frecuente.

## 2. DISCUSIÓN

Una vez descritos los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de los datos, vamos a explicar y discutir en este apartado los resultados que hemos obtenido comenzando por las variables psicológicas, seguidas de las variables sociodemográficas y, por último, de las variables de historia de alcoholismo o cronicidad. En esta explicación, consideraremos al mismo tiempo las dos fases del estudio (la primera y la segunda o de seguimiento).

Como se recordará, la muestra con la que se ha trabajado está constituida por sujetos alcohólicos que en el momento de ser entrevistados reciben tratamiento médico

y/o acuden a asociaciones de alcohólicos para dejar de beber y mantenerse en abstinencia. La muestra se caracteriza por ser predominantemente reincidente (sólo un 10% afirma que consiguió dejar de beber al primer intento), si bien presenta diferencias en cuanto al tiempo que lleva acudiendo a terapia (individual y/o grupal) y al que lleva en abstinencia. Nuestro objetivo primordial en esta investigación es descubrir qué variables de las arriba mencionadas están asociadas con un mayor mantenimiento de la abstinencia en las dos fases.

La primera hipótesis hace referencia a la relación existente entre las variables que forman lo que hemos denominado "percepción de control": atribuciones causales del éxito y/o fracaso, y expectativas de control (autoeficacia y lugar de control).

Como hemos visto, la percepción de control sobre la adicción se define como la creencia que tiene el alcohólico de poder dejar de beber, de ser capaz de superar su alcoholismo y hacer frente exitosamente a las tentaciones de beber. Es una variable compleja, al estar formada por creencias que se refieren tanto al pasado (en cuyo caso reciben el nombre de "atribuciones causales"), como al futuro (en este caso reciben el nombre de "expectativas de control"). Las atribuciones causales responden a las siguientes preguntas: ¿por qué he podido dejar de beber?, o ¿por qué no puedo mantenerme en abstinencia?, ¿son las causas de este resultado internas, estables, controlables? Por su parte, las expectativas de control responden a las preguntas: ¿seré capaz de resistir la tentación de beber en las situaciones de riesgo?, ¿está bajo mi control dejar de beber?

La relación entre ambas variables, atribuciones y expectativas, aunque a menudo olvidada, cabe esperar que sea muy estrecha. Según Weiner (1972, 1974, 1979), las atribuciones que hacen las personas de los éxitos y/o fracasos condicionan sus expectativas de cara al futuro. O, dicho de otro modo, lo que se espera del futuro depende, en gran medida, de lo que ha sucedido en el pasado y de cómo se ha explicado este resultado. Hay un nexo, una unión, entre el pasado y el futuro, y conocer este nexo es lo que nos permitirá entender las creencias actuales así como el modo de comportarse de las personas.

La relación propuesta entre las atribuciones causales del éxito y/o fracaso en dejar de beber y las expectativas de control sobre la adicción se ha visto confirmada, lo

que apoya la proposición teórica defendida por Weiner. Las atribuciones que hacen los alcohólicos de sus éxitos y fracasos en dejar de beber se relacionan con el tipo de expectativas que mantienen. Los alcohólicos que atribuyen su abstinencia a causas estables y controlables, esto es, que piensan que su abstinencia es un hecho controlable y seguro, esperan seguir manteniéndose en abstinencia en un futuro. De la misma manera, creer que la recaída es algo perfectamente controlable y que es muy inusual también se asocia con expectativas de control (estas son las atribuciones que hemos denominado "atribuciones adaptativas"); por el contrario, creer que la abstinencia es algo inestable e incontrolable está asociado a expectativas de control menores. Del mismo modo, creer que la recaída es algo fijo e incontrolable se relaciona con expectativas pobres. Estas atribuciones son las llamadas "atribuciones desadaptativas".

*Concluyendo*, cuanto más adaptativas son las atribuciones causales que los alcohólicos hacen de sus éxitos y/o fracasos en dejar de beber, más altas son sus expectativas de control sobre su adicción.

La segunda hipótesis se refiere a la relación existente entre las variables psicológicas: la percepción de control y el afrontamiento.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual adoptada en el marco teórico se sostiene que las creencias de control que tiene una persona sobre la posibilidad de alcanzar un objetivo o de solucionar un problema condicionan su conducta de afrontamiento (Bandura, 1977; Rotter, 1966; Weiner, 1972, 1974, 1979). Esto es, si la persona cree que tiene la capacidad y los recursos para conseguir lo que se propone (alta percepción de control), los esfuerzos y el tiempo invertido serán mayores (afrontamiento activo); por el contrario, si cree que no está en sus manos el conseguirlo, los esfuerzos serán menores o, resignada, dedicará su atención a otra tarea (afrontamiento pasivo).

La relación defendida entre la percepción de control y el afrontamiento se ha visto confirmada en este trabajo: existe una relación entre la percepción de control del alcohólico y la forma de afrontar su problema. Este resultado señala que si el alcohólico cree que está en sus manos el dejar de beber, afronta su problema de alcoholismo de forma activa, y no evita enfrentar su problema ni se resigna a ser un alcohólico "en activo". Por el contrario, creer que la adicción es incontrolable, que no se puede hacer

nada para superarla, se asocia con un afrontamiento menos activo, y con una mayor evitación y resignación ante el problema.

*Concluyendo*, cuanto más alta es la percepción de control que tiene un alcohólico sobre su adicción, más activo es el modo de afrontar su problema de alcoholismo.

La tercera hipótesis se refiere a la relación entre la percepción de control y el mantenimiento de la abstinencia (a mayor percepción, mayor tiempo de abstinencia), y a la existencia de diferencias significativas en percepción de control entre los alcohólicos "rehabilitados" y los alcohólicos "en proceso de rehabilitación", a favor de los primeros. Y, en efecto, se confirma esta hipótesis para cada una de las tres variables que componen la llamada "percepción de control".

Por un lado, los alcohólicos que mantienen su abstinencia a lo largo del tiempo se caracterizan por sus atribuciones adaptativas: atribuyen la abstinencia a causas estables y controlables, es decir, creen que el haber dejado de beber es algo, en principio, definitivo; así mismo, explican la posibilidad de la recaída como algo muy remoto y que pueden evitar que se produzca. Consecuentemente, mantienen la expectativa de ser capaces de seguir controlando su adicción en un futuro, y ello en todas las situaciones de riesgo que encuentren.

Esta percepción de control, según se desprende de los resultados, está fuertemente arraigada en el alcohólico "rehabilitado" ( $\geq 12$  meses sin beber) y podemos suponer que le proporciona, de acuerdo con las teorías cognitivas de la conducta, un sentimiento de confianza y de determinación esenciales para una rehabilitación estable.

Por otro lado, y contrariamente a lo que acabamos de exponer, los alcohólicos que mantienen periodos de abstinencia cortos (y que en nuestra muestra, en su mayoría, experimentan recaídas) se caracterizan por hacer atribuciones desadaptativas: atribuyen la abstinencia a causas menos estables y menos controlables, esto es, no confían demasiado en que el estar sin beber sea algo definitivo (por ejemplo, es el caso de los alcohólicos que dejan de beber porque tienen que guardar cama, porque les están vigilando estrechamente o porque, por unos días, están de vacaciones y relajados); y respecto a la recaída, la atribuyen a causas más estables y más incontrolables, es decir, interpretan la

recaída como algo "normal" en sus vidas y creen que pueden hacer poco para evitarla (por ejemplo, cuando los alcohólicos piensan que recaen porque experimentan unos deseos de beber muy intensos o porque no tienen "fuerza de voluntad"). Consecuentemente, mantienen menores esperanzas de dominar su adicción, de dejar de beber, definitivamente. Estas atribuciones desadaptativas y expectativas pobres indican una percepción de control pequeña a la hora resistir las tentaciones de beber y una mayor vacilación ante las situaciones de riesgo ("me siento completamente indefenso si tengo que resistir el tomar una copa", "cuando veo una botella, no puedo contenerme y echo un trago", "no tengo fuerza de voluntad ante la bebida").

Como habíamos predicho, son los alcohólicos que llevan sin beber un período inferior a los 3 meses (grupo primero) los que se caracterizan en mayor medida por creencias de control pequeñas, y los que presentan diferencias más significativas con los alcohólicos "rehabilitados". Aunque también existen diferencias entre los alcohólicos que llevan sin beber entre 4 y 11 meses (grupo segundo) y los alcohólicos "rehabilitados" (grupo tercero), a favor de estos últimos, estas diferencias son menores. La explicación de este resultado puede ser que a medida que el tiempo de abstinencia ininterrumpido aumenta, se va asumiendo progresivamente una mayor capacidad de control. La propia experiencia de éxito demuestra al alcohólico sus posibilidades de permanecer sin bebida y le confirma sus primeras expectativas de control, y esto a pesar de que en tiempos pasados haya experimentado recaídas.

Este resultado de que la creencia de control es mayor, o es más alta, conforme aumenta el tiempo de abstinencia, también se observa en el grupo de alcohólicos "rehabilitados", ya que la mayoría de ellos reconoce haber sufrido recaídas en sus intentos de dejar de beber hasta que estabilizaron su abstinencia. Y actualmente, tras varios años sin beber, afirman creer que su adicción está bajo control. Por consiguiente, y como dice Bandura (1977), se podría afirmar que las creencias de control son un mecanismo cognitivo necesario para el cambio conductual (dejar de beber), pero es la propia experiencia la que proporciona esta sensación de dominio. A mayor experiencia de éxito, mayor percepción de control que, a su vez, facilita la experiencia de éxito, iniciándose así un proceso circular.

Finalmente, al analizar la variable percepción de control y el estado de alcoholismo a los 6 meses, observamos que esta variable discrimina a los alcohólicos que recaen de los alcohólicos que se abstienen de consumir alcohol. Los reincidentes se

caracterizan por la percepción de control típica de los alcohólicos que llevaban períodos cortos de abstinencia en el momento de ser entrevistados. Esto es, hacían atribuciones desadaptativas de sus éxitos y fracasos en dejar de beber y tenían expectativas de control bajas. Por su parte, los alcohólicos que se mantienen en abstinencia a los 6 meses se caracterizaban por hacer atribuciones causales adaptativas y por tener altas expectativas de control.

Los resultados encontrados en este trabajo, que indican la existencia de una relación estrecha entre la percepción de control y la abstinencia, confirman los obtenidos por otros estudios de la literatura, referentes tanto al área de las atribuciones (Collins & Lapp, 1991; Curry, Marlatt & Gordon, 1987; Eiser, 1982; Fatell, 1988; Grove, 1993; Schmitz, 1988; Schmitz, Rosenfarb & Payne, 1993), de las expectativas de autoeficacia (Annis & Davis, 1989b; Burling et al., 1989; DiClemente, 1981; Litman et al., 1984; Miller et al., 1989; Ross et al., 1989; Sheehan, 1989; Solomon & Annis, 1990) como al de la expectativa de lugar de control (Annis, 1991; Annis & Peachey, 1992; Bridgman, 1990; Mariano et al., 1989).

Para terminar la discusión de esta hipótesis y con el objeto de conocer la percepción de control del alcohólico sobre su problema, diremos que se han utilizado tres medidas referentes a cada una de las tres variables estudiadas: atribuciones, expectativas de autoeficacia y de lugar de control. Podemos preguntarnos cuál de ellas es más útil para conocer el grado de percepción de control y predecir el mantenimiento de la abstinencia. Los resultados, en general, muestran que cualquiera de ellas es válida. Pero si observamos más de cerca dichos resultados, sugeriríamos que las atribuciones causales, en especial en sus dimensiones de control y estabilidad, y las expectativas de autoeficacia son las más sensibles, las que permiten predecir mejor qué alcohólicos mantienen su abstinencia y quienes no.

Decimos que son más sensibles, no tanto por el contenido teórico de estas variables, como por los instrumentos de medida utilizados. La medición de las atribuciones y de la autoeficacia se realiza mediante respuestas tipo Likert, de tal manera que los sujetos pueden expresar *en qué medida* creen que son capaces o no de dejar de beber. Las pruebas tipo Likert gozan de gran sensibilidad diagnóstica (predictiva) porque permiten discriminar bien a todos los sujetos en función de sus esperanzas de recuperación, sean éstas pequeñas, medianas o grandes.

Por el contrario, la medida de la expectativa de lugar de control se realiza mediante preguntas de respuesta forzada, y los sujetos tienen que elegir si son o no son capaces de dejar de beber, es decir, no hay término medio. Este tipo de medición, consecuentemente, favorece que si un alcohólico duda un poco de su capacidad, pero no totalmente, rechace la opción "negativa", la que dice que "es imposible que pueda dejar de beber" porque en realidad no es cierto del todo. Pero entonces aparece como un sujeto que cree firmemente en su capacidad, cuando tampoco es verdad. La prueba pierde, por tanto, sensibilidad diagnóstica porque obliga a expresarse en términos muy drásticos. Sin embargo, este tipo de instrumentos goza de una gran especificidad, lo que quiere decir que aquellos que diagnostica como que "no creen en su poder para dejar la adicción" lo creen sin ninguna duda.

Junto a estas diferencias en medición, las atribuciones causales y la autoeficacia nos permiten conocer un aspecto más que no permite el lugar de control. Es decir, las tres medidas nos informan del grado de percepción de control sobre el dejar de beber. Pero las dos primeras nos dicen algo más. Con las atribuciones podemos acercarnos a la interpretación subjetiva que hace el alcohólico de sus éxitos y fracasos, a su mundo privado de causas y pensamientos. A su vez, conocer las interpretaciones de algo ya ocurrido, pero presente (como es el fracaso en mantener la abstinencia), permite establecer, o descubrir, su relación con las expectativas y el comportamiento que se adopta ante el tratamiento. Por su parte, la autoeficacia informa de las situaciones de riesgo, es decir, de aquellas situaciones específicas (estados de ánimo negativo, presión social, problemas familiares, etc.) donde el alcohólico tiene dificultades para resistir la tentación de beber.

*Concluyendo*, la percepción de control se asocia con el mantenimiento de la abstinencia, en el sentido de que a mayor percepción, mayor tiempo sin beber. Esta variable diferencia así mismo a los alcohólicos en función de sus tiempos de abstinencia en el momento de ser entrevistados ( $\leq 3$  meses, 4-11 meses y  $\geq 12$  meses): son los alcohólicos del tercer grupo, los que llamamos "rehabilitados", los que mayor percepción de control tienen; dicha variable también diferencia a los alcohólicos que recaen de los que no recaen a los 6 meses de la entrevista, en el sentido de que son éstos últimos los que tenían mayor percepción de control.

La cuarta hipótesis hace referencia a la relación entre el afrontamiento activo y la abstinencia (a mayor afrontamiento activo, mayor tiempo de abstinencia), y sugería la existencia de diferencias significativas en el afrontamiento entre los alcohólicos "rehabilitados" y los alcohólicos "en proceso de rehabilitación", a favor de los primeros.

Acorde con los investigadores del afrontamiento en adicciones (Litman et al., 1979; Monti et al., 1990, 1989; Nielsen, 1992; Shiffman, 1985, 1987), nuestro estudio confirma en gran medida esta hipótesis: el afrontamiento activo del problema se asocia con periodos largos de abstinencia. En este sentido, encontramos que los alcohólicos "rehabilitados" se caracterizan por enfrentar activa y decididamente su problema de alcoholismo: tratan de informarse y entender qué es su problema e intentan hacer "algo" para superarlo y tenerlo "controlado".

Por el contrario, observamos que los alcohólicos "en proceso de rehabilitación", y en especial los del primer grupo ( $\geq 3$  meses sin beber), se caracterizan por un afrontamiento activo menor y por recurrir más a la evitación y a la resignación. Es decir, estos alcohólicos intentan, en mayor medida que los "rehabilitados", evadirse y no pensar en su problema ("quiero olvidar que tengo un problema de alcoholismo", "en relación a mi problema de alcoholismo, trato de aliviarme o de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando o medicándome"), y adoptan posturas más pasivas ("no hay nada que pueda hacerse", "independientemente de lo que haga o me esfuerce, ocurrirá lo peor"). Es de esperar, lógicamente, que estas actitudes dificulten el resistir la tentación de beber y la recuperación del alcoholismo; y en la práctica se traducen en tiempos de abstinencia ininterrumpida cortos.

Por último, la variable afrontamiento discrimina a los alcohólicos que recaen de los que se mantienen en abstinencia a los 6 meses de haber sido entrevistados. Estas diferencias van en el mismo sentido que las encontradas anteriormente. Los alcohólicos que han recaído se caracterizaban por afrontar menos decididamente su problema de alcoholismo. En su lugar, preferían olvidar que tenían este problema, dedicaban su atención a otras cosas y actuaban como si no existiera. Por el contrario, los abstinentes afirmaban tener en cuenta siempre su problema y afrontarlo de la manera más activa posible para evitar un "tropiezo".

*Concluyendo*, cuanto más activo es el afrontamiento del problema de alcoholismo y menos se evita y se resigna uno ante él, mayor es el período de

abstinencia. Así mismo, esta variable discrimina a los alcohólicos en función de su tiempo de abstinencia en el momento de ser entrevistados ( $\leq 3$  meses, 4-11 meses y  $\geq 12$  meses), en el sentido de que son los alcohólicos del tercer grupo los que afrontan su problema de manera más activa; dicha variable también discrimina a los alcohólicos que recaen de los que se mantienen en abstinencia en un período de seguimiento de 6 meses, puesto que son éstos últimos los que afrontaban su problema de forma más activa.

La quinta hipótesis propone la ausencia casi total de relación entre las variables sociodemográficas y la abstinencia. Según esta hipótesis, el mantenimiento de la abstinencia es relativamente independiente de la edad, el sexo, el nivel de estudios, la situación laboral y el estado civil del alcohólico.

Los resultados encontrados en nuestro estudio confirman en gran medida esta proposición, con una sola excepción: la variable edad se encuentra asociada (aunque sólo ligeramente) con la abstinencia, en el sentido de que a mayor edad, el período de abstinencia es mayor.

En apoyo de esta hipótesis y estos resultados encontramos en la literatura un considerable número de estudios que sostienen que la relación entre ambas variables (sociodemográficas y abstinencia) es modesta, cuando no nula, y que, además, su estudio no aporta datos muy relevantes para el tratamiento puesto que poco se puede hacer sobre estas características (Akerlind, Hornquist & Bjurulf, 1988; Finney & Moos, 1992; Freedberg & Johnston, 1981; García & Alonso, 1989; García et al., 1991; Glenn & Parsons, 1991; Moos, Finney & Chan, 1981). El hecho de que en algunos trabajos se encuentren relaciones significativas se ha interpretado más, salvo algunas excepciones, como el resultado del tipo de muestra estudiada y de las relaciones que estas variables tienen, a su vez, con otras (estabilidad familiar, recursos materiales...), que de la propia naturaleza de las características sociodemográficas.

Junto a estas afirmaciones, se constata en la práctica clínica que el alcoholismo puede ser superado independientemente de la edad, el sexo, la clase socio-económica y el estado civil del alcohólico, y que lo que se precisa es una "concienciación" de la enfermedad, un deseo y una determinación personales, así como un apoyo terapéutico y familiar importante (Cronkite & Moos, 1980).

El hecho de que en nuestro trabajo se observe que la edad se encuentra asociada, aunque débilmente, con la abstinencia no entra en contradicción necesariamente con la idea arriba expuesta, ya que parece observarse en la práctica clínica que conforme van pasando los años y acumulándose los problemas de salud, familiares, laborales, etc., el alcohólico termina por aceptar que tiene un problema de alcoholismo y que necesita abandonar la bebida definitivamente. Estos mismos resultados han sido obtenidos por otros investigadores (Armor, Polich & Stambul, 1978; Backeland & Lundwall, 1975; Blane, 1977; Havassy, Hall & Wasserman, 1991; Litman et al., 1979; Mariano et al., 1989; Ornstein & Cherepon, 1985).

El resto de las variables estudiadas (el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral) no guardan en esta muestra relaciones significativas con un mayor o menor mantenimiento de la abstinencia.

En lo que se refiere al seguimiento de los sujetos alcohólicos en los 6 meses establecidos, tampoco se hallan diferencias significativas en estas variables entre los que recaen y los que no, a excepción de una variable: el "nivel de estudios". Este resultado indica que la recaída es más frecuente entre los alcohólicos que tienen un nivel cultural menor que entre los que tienen un nivel de estudios superior. Las variables restantes, la edad, el sexo, el estar trabajando o no y el estado civil no se encuentran asociadas a la recaída a los 6 meses de seguimiento.

*Concluyendo*, las variables sociodemográficas no guardan una relación significativa con el mantenimiento de la abstinencia, a excepción de la variable edad; en este sentido, a mayor edad, mayor es el período de abstinencia de los alcohólicos en el momento de ser entrevistados. Ninguna otra variable (sexo, nivel de estudios, situación laboral y estado civil) se asocia con la abstinencia. Respecto a la fase de seguimiento no se observa ninguna asociación entre las características sociodemográficas y la recaída, a excepción del nivel de estudios: cuanto menor es el nivel de estudios, mayor es la probabilidad de recaída.

La sexta hipótesis proponía una relación escasa entre las variables de historia de alcoholismo y el mantenimiento de la abstinencia, siendo la variable "tratamiento médico" y "asistencia a grupos de autoayuda" las que más estrechamente estarían relacionadas con la abstinencia. Según esta hipótesis, cuanto mayor es el tiempo que los

alcohólicos llevan acudiendo a tratamiento médico o a las asociaciones de autoayuda, mayor es el período de abstinencia.

Los resultados obtenidos confirman parcialmente dicha hipótesis puesto que se observa una relación entre todas las variables y la abstinencia. En este sentido, y en contra de lo esperado, observamos que a mayor duración, a mayor severidad y a mayor dependencia del alcohol sufridas, mayor es el tiempo de abstinencia ininterrumpida. O, lo que es lo mismo, los alcohólicos que hemos llamado "rehabilitados" se caracterizan por haber padecido el alcoholismo "en activo" durante un número de años mayor y con una severidad y dependencia superiores a los llamados "alcohólicos en proceso de rehabilitación".

Este resultado, a la luz de la literatura, puede ser interpretado de la siguiente manera: a medida que pasan los años, el alcohólico, si no deja de beber, va desarrollando una mayor dependencia, lo que se ve acompañado de un aumento de problemas personales, familiares, sociales, laborales, sanitarios, etc. Esta experiencia tan negativa o intolerable que llega a vivir el alcohólico a todos los niveles, y que ha venido expresándose en el campo de la clínica como "tocar fondo" ("hit bottom"), termina, al menos en algunos casos, por concienciarle de su problema, de la necesidad de dejar el alcohol definitivamente y de mostrarse más prudente ante la posibilidad de una recaída.

Los resultados que hemos encontrado en nuestra muestra confirman los obtenidos por otros especialistas: son los sujetos altamente dependientes y los que han sufrido mayor número de problemas los que, por una parte, tienen un mejor pronóstico de cara a su rehabilitación (Edwards, 1988; Litman et al., 1979; Vaillant, 1983). Y decimos "en parte" porque según Edwards (1988) y Taylor y colaboradores (1986), entre otros, la dependencia y severidad bajas se asocian también a un resultado positivo, dependiendo del tipo de alcohólico. Es decir, también es frecuente observar una buena y rápida recuperación cuando el afectado no ha desarrollado una gran dependencia y muchos problemas asociados (familiares, laborales, etc.).

Por su parte, las variables "tratamiento médico" y "asistencia a grupos de autoayuda", como se esperaba, se relacionan significativamente con el mantenimiento de la abstinencia, en especial la asistencia a grupos de autoayuda (A.A. y Cruz de Oro). Esta relación indica que a mayor asistencia a las reuniones de grupo, y cuanto mayor es el contacto con un profesional, los alcohólicos mantienen períodos de abstinencia más

largos. O, dicho de otra manera, los alcohólicos llamados "rehabilitados" se caracterizan por haber acudido a las asociaciones y/o al tratamiento médico durante más tiempo que los llamados "en proceso de rehabilitación".

La asistencia a este tipo de terapias debe ser entendida, en cierta manera, como un factor protector de cara a la recaída. El alcohólico que continúa manteniendo un contacto periódico con su médico o psicólogo y/o acudiendo con periodicidad a las reuniones de grupo, tiene más probabilidades de asumir y afrontar constantemente su problema que el que abandona. Y, por lo tanto, es más probable que mantenga la abstinencia. En estas terapias, el alcohólico recibe un apoyo importante que le permite ser consciente de su enfermedad y que le ayuda a afrontarla y a creerse capaz de superarla o "controlarla".

Estas conclusiones referentes a la importancia de la terapia y, en especial, la proporcionada por los grupos de autoayuda en la rehabilitación del alcohólico confirman los resultados obtenidos por diversos autores (Beckman, 1980; Bridgman, 1990; Corrington, 1989; Elal-Lawrence, Slade & Dewey, 1987; Ito & Donovan, 1990; Johnsen & Herringer, 1993; McBride, 1991; Wallace, 1990).

Hay un segundo aspecto que podría explicar también la relación encontrada entre las variables de historia de alcoholismo y la abstinencia. Este aspecto se referiría al tipo de muestra seleccionada para este estudio y a su heterogeneidad: los alcohólicos participantes difieren entre sí en algunas de estas variables, y, en especial, en el tiempo que llevan acudiendo a las reuniones de grupo o a la consulta del médico. Pero, como se ha señalado, es difícil encontrar muestras de alcohólicos homogéneas, en primer lugar porque la población alcohólica es heterogénea en sí misma, y en segundo lugar por la dificultad de reunir a un número estadísticamente significativo de alcohólicos que cumplan con unos requisitos mínimos y quieran participar en el estudio. De todas formas, y como exponemos más adelante, se ha tratado de controlar el posible efecto de estas variables para comprobar si la relación entre las variables psicológicas y la abstinencia se debe a dicho efecto o es independiente de él.

Así mismo, y a pesar de la necesidad de tener que neutralizar el impacto de variables "extrañas", creemos que la utilización de muestras heterogéneas ofrece la posibilidad de conocer y encontrar relaciones significativas entre diversas variables.

Con respecto al período de seguimiento, y a diferencia de lo recién expuesto, no se encuentran diferencias significativas entre la gran mayoría de las variables de historia de alcoholismo y la recaída a los 6 meses, a excepción de dos variables: el tiempo de abstinencia previo y la asistencia al grupo.

Como se preveía y de acuerdo con la investigación y la práctica clínica, los alcohólicos que llevan períodos de abstinencia largos, y, en especial, superiores a los 12 meses, tienen menos probabilidades de recaer que los que llevan días o pocos meses de abstinencia. A medida que va aumentando el tiempo de abstinencia, el alcohólico estabiliza su conducta y recupera la libertad de actuación frente al alcohol y las situaciones que anteriormente le incitaban a beber.

El tiempo de asistencia al grupo, una vez más, discrimina a los alcohólicos que recaen de los que se mantienen en abstinencia, demostrando el apoyo y la fuerza que tienen las asociaciones de autoayuda en la recuperación del alcoholismo.

*Concluyendo*, cuanto mayores son la duración del problema de alcoholismo, su severidad, su dependencia pasada y el tiempo que se lleva acudiendo al tratamiento médico y/o a las asociaciones de autoayuda (A.A. y Cruz de Oro), mayor es el período de abstinencia de los alcohólicos en el momento de ser entrevistados. Respecto a la fase de seguimiento, los alcohólicos que recaen a los 6 meses se diferencian de los que no recaen, en el sentido de que son estos últimos los que llevan más tiempo acudiendo a las asociaciones de autoayuda y los que presentan períodos de abstinencia más largos.

Para terminar, y como se recordará, se llevaron a cabo diversos análisis de regresión múltiple para comprobar si seguía existiendo la relación "variables psicológicas y abstinencia" controlando el posible efecto de aquellas variables sociodemográficas y de historia de alcoholismo que se habían asociado también a la abstinencia. A la luz de los resultados encontrados con estos análisis, se puede confirmar que las variables cognitivas, esto es, las atribuciones causales adaptativas y las expectativas de control, se asocian y explican la abstinencia por sí solas, es decir, independientemente de la historia de alcoholismo y de variables sociodemográficas. Hacer atribuciones adaptativas de los éxitos y fracasos en dejar de beber y tener expectativas de superar la adicción 1) se relaciona con el mantenimiento de la abstinencia, 2) diferencia a los alcohólicos en

función del tiempo que llevan de abstinencia y 3) discrimina a los alcohólicos que se mantienen abstinentes de los que recaen a los 6 meses de seguimiento.

Por el contrario, y en contra de lo esperado, el afrontamiento del problema no explica por sí solo el mantenimiento de la abstinencia. Es decir, si controlamos el efecto de las otras variables (sociodemográficas y de historia de alcoholismo), la variable afrontamiento no predice significativamente la abstinencia. Este resultado puede ser interpretado de dos formas: por un lado, los estudios que señalan la importancia del afrontamiento en la explicación de la abstinencia han utilizado otros instrumentos de medida diferentes al empleado por nosotros. Dichos instrumentos se caracterizan por 1) preguntar a los sujetos cómo afrontan sus recaídas y 2) tener entre sus ítems una gran variedad de respuestas. Como se recordará, nuestro cuestionario preguntaba a los alcohólicos cómo afrontaban su problema de adicción y se les ofrecía tres clases de respuestas generales: activas, de evitación y de resignación. Es posible que estas diferencias sean las responsables de que la variable "afrontamiento" en nuestra muestra no explique ni prediga por sí sola quién tiene más probabilidades de mantenerse en abstinencia y quién de recaer.

Por otro lado, que el afrontamiento no explique por sí solo la abstinencia puede estar indicando otra cosa: que todos los alcohólicos de nuestra muestra consideran que afrontan su problema de manera "más o menos" activa, ya que acuden a un tratamiento y/o a una asociación; esto es, se informan sobre el problema, toman la medicación, acuden a las citas ... por lo que la diferencia entre los que mantienen la abstinencia y los que no la mantienen quizás no haya que buscarla en cómo afrontan el problema ( de palabra) pero sí en la convicción con que lo afrontan, en la determinación y seguridad con que actúan. Que todos los alcohólicos acudan al tratamiento, tomen la medicación, etc., no quiere decir que todos ellos estén igualmente convencidos de que se van a recuperar o, dicho de otra manera, que actúen con la misma confianza. Y esta diferencia "cualitativa" no se recoge en un instrumento de afrontamiento, sino más bien en uno de percepción de control sobre el problema, y, como se ha demostrado, es esta variable la que explica la abstinencia. La convicción viene dada, al menos en parte, por la creencia de que uno es capaz de dejar de beber. Cuanta mayor sea la percepción de control que tenga el alcohólico, mayor será su esfuerzo, y esto se dejará notar en el resultado final. Es decir, no solamente es importante que el alcohólico adopte una actitud activa ante su adicción, sino también que se crea capaz de dominarla, porque esta creencia influirá en el esfuerzo

que invierta en su "lucha" por superarla, en la constancia de su lucha y, consecuentemente, en el resultado de su tratamiento.

## **CONCLUSIONES**

El objetivo de la mayoría de los programas de tratamiento y rehabilitación del alcohólico es que éste supere su compulsión a tomar alcohol y pueda permanecer en abstinencia de forma definitiva. Pero este objetivo de permanecer en abstinencia es difícil y complejo, en especial a medida que transcurre el tiempo desde que el alcohólico empezó y/o terminó el tratamiento. El deseo de beber, la necesidad que se experimenta, lo "inevitable" de beber, ciertas situaciones, problemas, etc., amenazan con romper el compromiso de la abstinencia y precipitan las recaídas, esto es, la vuelta al consumo de alcohol.

Las recaídas, de acuerdo con la literatura referente a las adicciones y la práctica clínica, son el problema más importante y frecuente con el que tropiezan los tratamientos y los alcohólicos que quieren dejar de beber. Se hace necesario, dada esta situación, encontrar explicaciones y soluciones que nos permitan prevenir, o reducir, las recaídas.

Para prevenir las recaídas es importante, en primer lugar, identificar el porqué de ellas, el cómo ocurrieron, el cuándo; es decir, necesitamos conocer las variables o los factores que explican su ocurrencia o, en su defecto, los que favorecen el mantenimiento de la abstinencia. La importancia de conocer estos factores es clara: se asume que conociéndolos estaremos mejor preparados para diseñar y aplicar programas de intervención eficaces. Y a este objetivo se ha dirigido nuestra investigación: a identificar variables que se asocian con la abstinencia.

El presente trabajo pone de manifiesto la importancia de considerar las variables psicológicas dentro del conjunto de las variables relacionadas con la abstinencia y la recaída. De acuerdo con el modelo teórico que se adopta actualmente para estudiar las adicciones (el modelo biopsicosocial), el alcoholismo es un trastorno no solamente físico, como venían defendiendo las teorías tradicionales, sino también psicológico, además de social; por tanto, la consideración de "lo psicológico" debe ser conveniente y necesaria para su superación. Además, se sostiene que la dependencia psicoconductual, más que la dependencia física, constituye la esencia misma de cualquier drogadicción. ¿Cómo, entonces, prescindir de la psicología o descuidarla en el estudio y tratamiento de este trastorno?

Las conclusiones que podemos derivar de este estudio abogan, como decimos, por la consideración de, al menos, ciertas variables psicológicas en el tratamiento del alcohólico, así como por la integración de ellas en los programas terapéuticos; programas

que, pensamos, deben abarcar en lo posible las diferentes dimensiones que tiene el problema de la adicción. Tres son las conclusiones que destacamos como más relevantes:

1. Las variables psicológicas "percepción de control" sobre la adicción y el "afrentamiento" activo del problema se asocian con, explican y predicen el mantenimiento de la abstinencia. Es decir, según nuestro estudio, los alcohólicos que llevan más tiempo en abstinencia se caracterizan, a diferencia de los que llevan menos tiempo y/o recaen con más frecuencia, por asumir que dejar de beber está bajo su control y por afrontar de forma más activa su problema. De estas dos variables, la percepción de control sobre la adicción es la que más fuerza tiene en la relación con la abstinencia.

Estos resultados confirman las predicciones del enfoque cognitivo-conductual adoptado en este trabajo: es esencial que el alcohólico se crea capaz de dejar de beber para que afronte con determinación su problema de alcoholismo y pueda, consecuentemente, superar su adicción. Como se recordará, este enfoque sostiene que la forma de pensar, interpretar y anticipar condicionan poderosamente la forma de comportarse y los resultados que se obtienen. Por tanto, en el caso que nos ocupa, podemos esperar que el alcohólico que piensa que posee (o que puede adquirir) la suficiente capacidad de control para decir "no" a la tentación de beber actúe de diferente forma que el alcohólico que duda de su capacidad. Esta diferencia en la actuación se traduce en que el alcohólico confiado y seguro afrontará de forma más activa su problema de alcoholismo; esto es, tomará medidas que faciliten su recuperación, invertirá el esfuerzo y el tiempo necesarios, y no desistirá, con facilidad, de su empeño a pesar de las dificultades que encuentre. Como resultado de esta actuación, es de esperar que se mantenga en abstinencia durante más tiempo que el alcohólico inseguro. Esta es una de las razones por las que pensamos que es importante prestar especial atención a las creencias de control, porque determinan (aunque sea inconscientemente) la forma con que se afrontan los problemas y el resultado final de éstos.

Otra de las razones por las que señalamos la importancia de esta variable de "percepción de control", y que está en estrecha relación con la recién expuesta, es por el sentido de responsabilidad que lleva consigo. La creencia asumida por algunos pacientes de que poco se puede hacer contra la adicción ("somos víctimas de circunstancias que ni entendemos ni podemos controlar") les conduce a no responsabilizarse seriamente de su problema, a adoptar posturas resignadas ante él y/o a justificar sus recaídas. Por el

contrario, asumir el control del problema implica sentirse responsable de él y actuar en consecuencia. Así, si el alcohólico cree que está en sus manos dejar de beber de forma definitiva, se sentirá responsable de ello y afrontará su problema de forma activa. Pero si duda de su capacidad para dejar de beber, sus actitudes y conductas serán, probablemente, de signo muy contrario.

Percepción de control y afrontamiento activo se convierten, entonces, en ingredientes necesarios de toda terapia exitosa. Ello no quiere decir que sean condición suficiente para que el alcohólico se rehabilite, pero sí necesaria. De otra manera, ¿cómo va a mantenerse en abstinencia un alcohólico que cree que no puede reprimir sus deseos/necesidades, o que tarde o temprano cederá ante las tentaciones?

Existe una tercera razón por la que consideramos a la percepción de control, y al afrontamiento también, factores necesarios en la recuperación del alcohólico. Disponer de un sentido de control personal sobre el problema y afrontarlo de la forma adecuada son recursos psicológicos internos, personales, que se convierten en la principal garantía de su recuperación. Nadie puede dejar de beber por el alcohólico, él tiene que hacerlo. La intervención puntual de un profesional o familiar, la vigilancia, el ingreso en un hospital, la toma de medicación, etc., aunque esenciales en las primeras fases de tratamiento, no garantizan que el afectado vaya a dejar de beber para siempre. Lo que lo garantiza es que el alcohólico se crea capaz de hacerlo, sepa cómo hacerlo y, por supuesto, que lo desee. Por tanto, desarrollar en él una percepción de control y ayudarle a que encuentre formas más adaptativas de afrontar sus problemas se convierten en una de las garantías de una rehabilitación estable y definitiva. De alguna manera, esta idea queda recogida en el siguiente proverbio: "Si le damos de comer pescado a un hambriento, le hemos alimentado por un día; pero si le enseñamos a pescar, le habremos alimentado para el resto de su vida". En el caso que nos ocupa, "darle de comer pescado" al alcohólico equivale a darle medicación, vigilarle, etc., que son soluciones importantes pero temporales; "enseñarle a pescar" equivale a enseñarle cómo reprimir la tentación siempre que ésta aparezca y a sentirse capaz y responsable de su recuperación.

Resumiendo esta primera conclusión, disponer de una percepción de control sobre la adicción es indispensable para la recuperación del alcohólico porque a) le anima a afrontar de forma activa su problema, b) le hace sentirse responsable de y en su tratamiento y c) implica que el afectado posee un recurso personal valioso, que no depende para su efectividad de otras personas ni de circunstancias especiales.

2. Una vez reconocido que la percepción de control y el afrontamiento activo son variables que se asocian con la abstinencia, queda por responder otra cuestión: cómo desarrollar y potenciar estas variables en el tratamiento.

Las variables percepción de control y afrontamiento, como ya se ha señalado, son variables identificadas y estudiadas de forma especial por los teóricos del enfoque cognitivo-conductual. Desde este enfoque, y como se ha descrito en los capítulos correspondientes, se han desarrollado y propuesto una serie de pautas, de estrategias terapéuticas, que ayudan al alcohólico a desarrollar estos recursos. El fin último de dichas estrategias es facilitar la abstinencia y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Algunas de estas estrategias las presentamos resumidamente a continuación:

*A) Identificación de situaciones de alto riesgo.* Estas situaciones pueden ser sociales o de carácter individual, positivas o negativas, y se denominan así porque precipitan la recaída al incitar al alcohólico a beber. Con esta estrategia se intenta que el alcohólico sea consciente de los antecedentes que le llevan a beber; se trata de concretar, objetivar, el problema: cuándo aparece, en qué circunstancias, etc. El ser consciente de los problemas, de las situaciones que provocan las tentaciones, es el primer paso para prevenir la recaída, además de que pone "sobre aviso" o en "alerta" al interesado.

*B) Sustitución de la conducta de beber por otras conductas que permitan afrontar las situaciones de riesgo de forma más adaptativa.* La adopción de respuestas alternativas se puede realizar 1) a través de la discusión terapeuta-paciente sobre distintas formas de afrontar los problemas y la posterior elección de aquellas respuestas que tienen más probabilidad de adaptarse a los recursos de cada paciente; o 2) a través de un entrenamiento estructurado y sistematizado en habilidades de afrontamiento, según las necesidades del alcohólico (técnicas de autocontrol, habilidades de comunicación, asertividad, relajación, solución de problemas, reestructuración cognitiva, reducción del estrés...).

C) *Manejo efectivo de posibles deslices o consumos ocasionales de alcohol.* La probabilidad de estos consumos a lo largo del tratamiento y después de éste es relativamente alta, por lo que se considera que sería beneficioso considerar su posibilidad e instruir al paciente sobre qué es lo que debe hacer en caso de que dichos consumos ocurran. El objetivo de esta técnica es impedir que deslices ocasionales desemboquen en recaídas incontroladas. Básicamente, el paciente sería entrenado en lo que debe recordar y hacer si realiza un primer consumo: detenerse, reflexionar sobre lo ocurrido, analizar el porqué y la situación donde ha ocurrido, contrarrestar la anticipación de posibles efectos positivos de seguir consumiendo o las ideas de derrota, y/o ponerse en contacto con alguien cercano.

D) *Persuadir al alcohólico de que es posible reprimir la tentación de beber y mantenerse en abstinencia definitivamente.* Se trata de discutir y analizar las creencias que el alcohólico tiene sobre el trastorno, sobre el sentido del control que cree que puede ejercer, la responsabilidad que debe asumir, etc.

Estas cuatro estrategias deben considerarse como pautas, métodos, para que el alcohólico adquiera la confianza y la convicción de que puede recuperarse, que no abdique de su responsabilidad y que aprenda cómo afrontar sus situaciones de riesgo. Pero también pensamos que pueden existir otros procedimientos que favorezcan igualmente estas condiciones. Lo importante, creemos, es que el alcohólico no se crea indefenso ante su problema y sepa cómo afrontarlo.

3) Aunque este trabajo se ha centrado casi exclusivamente en el análisis de variables psicológicas, el enfoque que defendemos en el tratamiento del alcoholismo es el modelo biopsicosocial, modelo que asume que la dependencia del alcohol es un problema multidimensional (físico, psicológico y social) tanto en su origen y desarrollo como en su tratamiento.

Los resultados obtenidos en la fase empírica confirman, como hemos visto, la hipótesis de que las variables cognitivas-conductuales (percepción de control y afrontamiento) explican la abstinencia; pero dichos resultados también ponen de

manifiesto la importancia de considerar otros factores en el tratamiento del alcoholismo, entre los que destacan la asistencia médica y el apoyo de los grupos de autoayuda.

La rehabilitación del alcohólico, como es sabido, requiere la atención y solución de problemas de índole biológica (trastornos físicos variados) y social (soledad, problemas familiares, laborales), no sólo psicológica. Razón por la que se insiste en la necesidad de desarrollar programas terapéuticos que incidan en estas tres dimensiones del trastorno, esto es, tratamientos biopsicosociales. Dentro de estos tratamientos, que apoyamos, queremos destacar de forma especial el papel que juegan las asociaciones de autoayuda (Alcohólicos Anónimos y Cruz de Oro) en la recuperación de los alcohólicos. La literatura al respecto y nuestro estudio reconocen una relación muy fuerte entre la asistencia a estos grupos y la abstinencia. Se deduce que dichas asociaciones proporcionan el apoyo psicológico y social que muchos afectados necesitan para superar su dependencia. El alcohólico, a través de las reuniones de grupo, conoce las experiencias de otras personas que, como él, han padecido los mismos problemas, se identifica con ellas y aprende, a través de ellas, a controlarse y afrontar sus dificultades de formas distintas a como venía haciéndolo.

El reconocimiento del modelo biopsicosocial garantiza, por tanto, el desarrollo de diferentes tratamientos para el alcoholismo (farmacológico, espiritual, informativo-educacional, cognitivo-conductual, familiar, de autoayuda...), lo que no quiere decir que todos sean igualmente efectivos o ineficaces. Estudios dirigidos a la evaluación de los diferentes tratamientos revelan que no existe una única modalidad terapéutica que sea eficaz para la rehabilitación de todos los alcohólicos, sino que la eficacia de dichos tratamientos dependerá de la clase de paciente (con sus problemas específicos, sus necesidades y recursos personales) así como de la habilidad del terapeuta.

Teniendo en cuenta estas "revelaciones," las distintas formas de terapia, y entre ellas la propuesta por el modelo cognitivo-conductual adoptado en este trabajo, no se excluyen ni se contraponen, sino que, en ocasiones, pueden o complementarse (aplicando a la vez componentes de diferentes terapias) o aplicarse individualmente a pacientes específicos. Será competencia del terapeuta discernir cuándo es más conveniente aplicar un tratamiento u otro, o incidir en una u otra dimensión (física, psicológica o social).

Resumiendo, y antes de pasar a las limitaciones del estudio, expresamos nuestro acuerdo con la necesidad de adoptar, o seguir adoptando, una perspectiva multimodal,

biopsicosocial, en el tratamiento del alcoholismo para poder dar una respuesta más eficaz al problema de la recaída. Esta respuesta sólo será efectiva en la medida en que, por un lado, se conozca el mayor número de factores involucrados en el proceso de rehabilitación del alcohólico y, por otro, se apliquen las diferentes estrategias terapéuticas que han demostrado su utilidad de manera discriminada, esto es, teniendo en cuenta el tipo de paciente que acude a pedir tratamiento. Respecto a las variables implicadas en la recuperación del alcohólico, confirmamos la tesis, defendida por el enfoque cognitivo-conductual, de que creerse capaz de dejar de beber conduce a afrontar activamente el problema de la adicción y que ambos aspectos, percepción de control y afrontamiento activo, constituyen factores de protección frente a la recaída. Facilitan, por tanto, el mantenimiento de la abstinencia.

Si bien podemos considerar que el presente trabajo da a conocer un enfoque nuevo, distinto al tradicional, para el estudio y tratamiento del alcoholismo y aporta información sobre algunas de las variables que se encuentran asociadas al mantenimiento de la abstinencia, sin duda presenta ciertas limitaciones que pueden reducir el alcance de sus resultados.

En primer lugar, sólo se han considerado en este estudio algunos de los factores involucrados en el proceso de rehabilitación, esto es, la percepción de control y el afrontamiento. Aunque importantes, no son suficientes para explicar el complejo fenómeno de la recaída, ni tampoco son los más relevantes para toda clase de alcohólicos que acuden a solicitar ayuda para dejar de beber. Sería necesario, por tanto, incluir en sucesivas investigaciones el estudio de otro tipo de factores (médicos, motivacionales, familiares, sociales...) así como su relación entre sí y su relevancia con determinados tipos de alcohólicos.

En segundo lugar, se ha limitado el alcance de la rehabilitación al mantenimiento de la abstinencia. Si bien el guardar la abstinencia definitiva se considera en la mayoría de los programas de tratamiento una condición necesaria para conseguir que el alcohólico se rehabilite, la rehabilitación en sí misma va más allá al requerir una mejoría sustancial en el funcionamiento personal (físico y psíquico) y social del afectado. En este sentido, el estar sin beber sería un indicador, entre otros, de haber alcanzado este estado. La consideración de otros criterios, como la salud, la satisfacción personal, las relaciones familiares, el rendimiento laboral, etc., ayudarían a evaluar con mayor exactitud el alcance de la rehabilitación en cada paciente.

Y en tercer lugar, el estudio de seguimiento realizado en este trabajo incluye un número de preguntas y una duración en el tiempo insuficientes. Los estudios de seguimiento son más valiosos cuanto más se alargan en el tiempo y cuanto más información variada recogen, porque pueden aportar más datos sobre la evolución del trastorno, la eficacia de las intervenciones terapéuticas y los factores de buen o mal pronóstico. Desde esta perspectiva, serían interesantes todos los esfuerzos que se realizaran para llevar a la práctica estudios de seguimiento a largo plazo y con la menor pérdida posible de sujetos.

A pesar de estas limitaciones, y de acuerdo con nuestro propósito inicial, esperamos haber contribuido a la investigación del tratamiento del alcoholismo. También es nuestro deseo que la información y los resultados que se presentan en este trabajo ayuden a una comprensión más completa del proceso de rehabilitación y contribuyan a un tratamiento más eficaz de, al menos, ciertos alcohólicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ABBOT, M.W. (1984). Locus of control and treatment outcome in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 46-52.
- ABRAMS, D.B. (1983). Psycho-social assessment of alcohol and stress interactions: Bridging the gap between laboratory and treatment outcome research. En L.A. Pohorecky & J. Brick (Eds.). *Stress and alcohol use*. New York: Elsevier North-Holland.
- ABRAMS, D.B., BINKOFF, J.A., ZWICK, W.R., LIEPMAN, M.R. NIRENBERG, T.D., MUNROE, S.M. & MONTI, P.M. (1991). Alcohol abusers' and social drinkers' responses to alcohol and general situations. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 409-414.
- ABRAMS, D.B. & NIAURA, R.S. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. En H.T. Blane & K.E. Leonard (Eds.). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press.
- ABRAMS, D.B., NIAURA, R.S., CAREY, K.B., MONTI, P.M. & BINKOFF, J.A. (1986). Understanding relapse and recovery in alcohol abuse. *Annals of Behavioral Medicine*, 8, 27-32.
- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. & TEASDALE, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- AFFLECK, G., ALLEN, D., TENNEN, H., McGRADE, B. & RATZAN, S. (1985). Causal and control cognitions in parents' coping with chronically ill children. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 367-377.
- AFFLECK, G., TENNEN, H., CROOG, S. & LEVINE, S. (1987). Causal attribution, perceived control, and recovery from a heart attack. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 339-355.
- AKERLIND, I., HORNQUIST, J.O. & BJURULF, P. (1988). Prognosis in alcoholic rehabilitation: The relative significance of social, psychological and medical factors. *International Journal of the Addictions*, 23, 1171-1196.
- ALDWIN, C.M. & REVENSON, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Personality*, 53, 337-348.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1987). El método de los modelos en la representación de los tipos alcohólicos. *Psicopatología*, 7, 9-18.
- ALTMAYER, E.M., RUSSELL, D.W., KAO, C.F. & LEHMANN, T.R. (1993). Role of self-efficacy in rehabilitation outcome among chronic low back pain patients. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 335-339.
- ALLEN, V.L. & GREENBERGER, D.B. (1980). Destruction and perceived control. En A. Baum & J.E. Singer (Eds.). *Advances in environmental psychology. Vol. 2: Applications of personal control*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates. Citado por D. Palenzuela (1984a). Critical evaluation of locus of control: Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. *Psychological Reports*, 54, 683-709.

- ALLSOP, S. (1990). Relapse prevention and management. *Drug and Alcohol Review*, 9, 143-153.
- ALLSOP, S. & SAUNDERS, B. (1989). Relapse and alcohol problems. En M. Gossop (Ed.). *Relapse and addictive behavior*. London: Tavistock / Routledge.
- AMIRKHAN, J. (1982). Expectancies and attributions for hyperactive and medicated hyperactive students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 265-276.
- AMIRKHAN, J. (1990). Applying attribution theory to the study of stress and coping. En S. Graham & V.S. Folkes (Eds.). *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- AMODEO, M. & KURTZ, N. (1990). Cognitive processes and abstinence in a treated alcoholic population. *International Journal of the Addictions*, 25, 983-1009.
- ANITUA, C. & BEGIRISTAIN, J.M. (1987). *Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ANNIS, H.M. (1982). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- ANNIS, H.M. (1984). *Situational Confidence Questionnaire, short form*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- ANNIS, H.M. (1990a). Effective treatment for drug and alcohol problems: What do we know?. *Forum on Corrections Research*, 2, 18-23.
- ANNIS, H.M. (1990b). Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-learning approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 117-124.
- ANNIS, H.M. (1991). A cognitive-social learning approach to relapse: Pharmacotherapy and relapse prevention counselling. *Alcohol and Alcoholism*, 1, 527-530.
- ANNIS, H.M. & DAVIS, C.S. (1988a). Assessment of expectancies in alcohol dependent clients. En G.A. Marlatt & D.M. Donovan (Eds.). *Assessment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- ANNIS, H.M. & DAVIS, C.S. (1988b). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T.B. Baker & D.S. Cannon (Eds.). *Assessment and treatment of addictive disorders*. New York: Praeger.
- ANNIS, H.M. & DAVIS, C.S. (1989a). Relapse prevention training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 81-103.
- ANNIS, H.M. & DAVIS, C.S. (1989b). Relapse prevention. En R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.

- ANNIS, H.M. & GRAHAM, J.M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation .
- ANNIS, H.M. & PEACHEY, J.E. (1992). The use of calcium carbimide in relapse prevention counselling: Results of a randomized controlled trial. *British Journal of Addiction*, 87, 63-72.
- ANTAKI, C. (1982). A brief introduction to attribution and attributional theories. En C. Antaki & C. Brewin (Eds.). *Attributions and psychological change*. London: Academic Press.
- ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APPEL, C.P. (1986). From contemplation to determination: Contributions from cognitive psychology. En W.R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors. Processes of change*. New York: Plenum Press.
- ARMOR, D.J., POLICH, J.M. & STAMBUL, H.B. (1978). *Alcoholism and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- ATKINSON, J.W. (1964). A theory of achievement motivation. *An introduction to motivation*. Princeton: Van Nostrand Company.
- ATKINSON, J.W. (1974). Strength of motivation and efficiency of performance. En J.W. Atkinson & J.O. Raynor (Eds.). *Motivation and achievement*. Washington: V.H. Winston and Sons.
- B.O.P.V. (15/1988). *Ley sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de Drogodependencias*.
- BAEKELAND, F. & LUNDWALL, L.K. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- BAKER, L.A., GALEA, R.P., LEWIS, B.F., PAOLANTONIO, P. & TESSIER-WOUIPIO, D. (1989). Relapse prevention training for drug abusers. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 173-192.
- BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1980). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- BANDURA, A. (1984a). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- BANDURA, A. (1984b). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- BANDURA, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

- BANDURA, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- BANDURA, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. En J. Madden (Ed.). *Neurobiology of learning, emotion and affect*. New York: Raven Press.
- BANDURA, A. & ADAMS, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- BANDURA, A. & CERVONE, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028.
- BANDURA, A., REESE, L. & ADAMS, N.E. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5-21.
- BARBER, J.G., COOPER, B.K. & HEATHER, N. (1991). The Situational Confidence Questionnaire (heroin). *International Journal of the Addictions*, 26, 565-575.
- BAUMANN, D., OVIN, F.W. & REICH, J.W. (1982). Attribution theory: A fit with substance abuse problems. *International Journal of the Addictions*, 17, 295-303.
- BAYES, R. (1985). Cognición y salud. En J. Mayor (Ed.). *Actividad humana y procesos cognitivos*. Alhambra: Madrid.
- BEAUVOIS, J.L. & DUBOIS, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18, 299-316.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- BECKMAN, L.J. (1979). Beliefs about the causes of alcohol related problems among alcoholic and nonalcoholic women. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 663-670.
- BECKMAN, L.J. (1980). An attributional analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 714-726.
- BEM, D.J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental and Social Psychology*, vol. 6. New York: Academic Press.
- BENASSI, V.A., DUFOUR, C.L. & SWEENEY, P.D. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression?. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 357-367.
- BERMÚDEZ, J.R. (1986). La interacción persona-situación: Marco de referencia. En J.R. Bermúdez (Ed.). *Psicología de la personalidad II*. Madrid: UNED.

- BERMÚDEZ, J.R. & PÉREZ, A.M.** (1989). Análisis procesual de la personalidad. En J. Mayor & J.L. Pinillos (Eds.). *Personalidad*. Madrid: Alhambra.
- BETANCOURT, H.** (1984). Teoría de la atribución y motivación humana: Aplicaciones y proyecciones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 705-718.
- BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H.** (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H.** (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8, 205-218.
- BIRKE, S.A., EDELMAN, R.J. & DAVIS, P.E.** (1990). An analysis of the abstinence violation effect in a sample of illicit drug users. *British Journal of Addiction*, 85, 1299-1307.
- BLANE, H.T.** (1977). Issues in the evaluation of alcoholism treatment. *Professional Psychology*, 8, 593-608.
- BLISS, R.E., GARVEY, A.J., HEINOLD, J.W. & HITCHCOCK, J.L.** (1989). The influence of situation and coping on relapse crisis outcomes after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 443-449.
- BONET, T. & SANTACREU, J.** (1984). Desamparo aprendido y falta de control situacional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 877-903.
- BRADLEY, B.P., GOSSOP, M., BREWIN, C.R., PHILLIPHS, G. & GREEN, L.** (1992). Attributions and relapse in opiate addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 470-472.
- BREWIN, C. & ANTAKI, C.** (1982). The role of attribution in psychological treatment. En C. Antaki & C. Brewin (Eds.). *Attributions and psychological change*. London: Academic Press.
- BRICKMAN, P., RABINOWITZ, V.C., KARUZA, J., COATES, D., COHN, E. & KIDDER, L.** (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.
- BRIDGMAN, L.P.** (1990). *Locus of control, drinking related locus of control, exposure to Alcoholics Anonymous, length of sobriety, and severity of alcoholism: A study of relationships*. Unpublished Doctoral Dissertation. Biola University.
- BROWN, B.** (1989). Cognitive coping. *Journal of Comparative Sociology and Religion*, 9, 15-16 6 35-39.
- BROWN, S.A.** (1985a). Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 123-130.

- BROWN, S.A. (1985b). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after a one-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 304-308.
- BROWNELL, K.D., MARLATT, G.A., LICHTENSTEIN, E. & WILSON, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- BUCETA, J.M. & POLAINO, A. (1982). Formulación del modelo "Learned Helplessness" desde el punto de vista de la Psicología Atribucional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37, 13-29.
- BUCETA, J.M., POLAINO, A. & PARRÓN, P. (1983). Déficits motivacionales y cognitivos a partir de la percepción de inefectividad de las propias respuestas. Un estudio controlado con humanos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 715-730.
- BURISH, T.G., CAREY, M.P., WALLSTON, K.A., STEIN, M.J., JAMISON, R.N. & LYLES, J.N. (1984). Health locus of control and chronic disease: An external orientation may be advantageous. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 326-332.
- BURLING, T., REILLY, P.M., MOLTZEN, J.O. & ZIFF, D.C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-60.
- BURÓN, J. (1988). *La autoobservación (self-monitoring) como mecanismo de autoconocimiento y de adaptación: Un nuevo modelo*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Deusto.
- BUTTERFIELD, E.C. (1964). Locus of control, test anxiety, reactions to frustration, and achievement attitudes. *Journal of Personality*, 32, 351-363.
- BUTTS, S.V. & CHOTLOS, J. (1973). A comparison of alcoholics and nonalcoholics on perceived locus of control. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1327-1332.
- CALVETE, E. (1989). Factores disposicionales del afrontamiento al estrés diario: Patrón de conducta Tipo A y locus de control. *Revista Vasca de Psicología*, 2, 5-17.
- CALVETE, E. & SAMPEDRO, R. (1991). Reactividad cardiovascular al estrés y locus de control. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 33-46.
- CANTON, G., GIANNINI, L., MAGNI, G., BERTINARIA, A., CIBIN, M. & GALLIMBERTI, L. (1988). Locus of control, life events, and treatment outcome in alcohol dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 18-23.
- CANTOR, N. (1981). A cognitive-social approach to personality. En N. Cantor & J.F. Kihlstrom (Eds.). *Personality, cognition and social interaction*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- CARVER, C.S. & DUNHAM, R.G.** (1991). Abstinence expectancy and abstinence among men undergoing inpatient treatment for alcoholism. *Journal of Substance Abuse*, 3, 39-57.
- CARVER, C.S. & SCHEIER, M.F.** (1982). Outcome expectancy, locus of attribution for expectancy, and self-directed attention as determinants of evaluations and performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 184-200.
- CASTER, D.U. & PARSONS, O.A.** (1977a). Locus of control in alcoholics and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 2087-2095.
- CASTER, D.U. & PARSONS, O.A.** (1977b). *Relationship of depression, sociopathy, and locus of control to treatment outcome in alcoholics*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 751-756.
- CERVONE, D.** (1989). Effects on envisioning future activities on self-efficacy judgements and motivation: An availability heuristic interpretation. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 247-262.
- CLARKE, J.C. & SAUNDERS, J.B.** (1988). *Alcoholism and problem drinking. Theories and treatment*. Sidney: Pergamon Press.
- COHEN, F.** (1984). Coping. En J.D. Matarazzo (Ed.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley & Sons. Citado por A. Antonowski (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- COLLIER-PHILLIPS, W.C. & MARLATT, G.A.** (en prensa). Relapse prevention. En A.J. Goreczny (Ed.). *Handbook of recent advances in behavioral medicine*. New York: Plenum Press.
- COLLINS, B.** (1974). Four components of the Rotter Internal-External Scale: Belief in a difficult world, a just world, a predictable world, and a politically responsive world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 381-391.
- COLLINS, J.** (1982). *Self-efficacy and ability in achievement behavior*. Paper presented at the Meeting of the American Education Research Association. New York. Citado por A. Bandura (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- COLLINS, R.L. & LAPP, W.M.** (1991). Restraint and attributions: Evidence of the abstinence violation effect in alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 85-100.
- COMMINGS, B.** (1984). Attribution and alcoholism: A review. En M.G. Tittmar (Ed.). *Advanced concepts in alcoholism*. Oxford: Pergamon Press.
- CONDIOTTE M.M. & LICHTENSTEIN, E.** (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- CONNORS, G.J., O'FARRELL, T.J. & PELCOVITS, M.A.** (1988). Drinking outcome expectancies among male alcoholics during relapse situations. *British Journal of Addiction*, 83, 561-566.

- COOKE, D.J. & HOLE, D.J. (1983). The etiological importance of stressful life events. *British Journal of Psychiatry*, 143, 397-400.
- COONEY, N.L. & KOPEL, S.A. (1980). *Controlled relapse: A social learning approach to preventing smoking recidivism*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. Montreal. Citado por S. Shiffman (1987). Maintenance and relapse: Coping with temptation. En T.D. Nirenberg & S.A. Maisto (Eds.). *Developments in the assessment and treatment of addictive behaviors*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- CORENBLUM, B. (1991). Changing drinkers' attributions through therapy. En B. Forster & J.C. Salloway (Eds.). *Prevention and treatment of alcohol and drug abuse*. New York: The Edwin Mellen Press.
- CORRINGTON, J.E. (1989). Spirituality and recovery: Relationships between levels of spirituality, contentment and stress during recovery from alcoholism in A.A. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 151-166.
- COSTELLO, R.M. & MANDERS, K.R. (1974). Locus of control and alcoholism. *British Journal of Addiction*, 69, 11-17.
- COX, W.M. & KLINGER, E. (1987). Research on the personality correlates of alcohol use: Its impact on personality and motivational theory. En S. W. Sadava (Ed.). *Drug use and psychological theory*. New York: The Haworth Press.
- COYNE, J.C., ALDWIN, C. & LAZARUS, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- COYNE, J.C. & LAZARUS, R.S. (1980). Cognitive style, stress perception, and coping. En I. Kutash & L. B. Schlesinger (Eds.). *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CRAIGHEAD, W.E., KAZDIN, A.E. & MAHONEY, M.J. (1976). *Behavior modification. Principles, issues and applications*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- CRIDDLE, W.D. (1989). La psicoterapia emotiva racional en el tratamiento del alcoholismo. En N.J. Estes & M.E. Heinemann (Eds.). *Alcoholismo. Desarrollo, consecuencias y tratamientos*. Madrid: Interamericana.
- CRONKITE, R.C. & MOOS, H.R. (1980). Determinants of the posttreatment functioning of alcoholic patients: A conceptual framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 305-316.
- CROWDER, R.L. (1982). Methadone-maintained males' reactions to success and failure: Causal attributions, self-efficacy, and attitudes toward heroin. *Drug and Alcohol Dependence*, 10, 367-381.
- CUADRADO, P. & GARCÍA, R. (1990). Dificultades para la elección de criterios en la evaluación de programas de tratamiento del alcoholismo. *R.A.E.N.*, 10, 355-361.
- CUADRADO, P., GARCÍA, R., CADAVID, C., LAFARGA, C., PATA, M.D. & NOVAL, M.J. (en prensa). Tratamiento del alcoholismo en un

centro de salud mental: Datos de seguimiento a uno, tres y seis meses. *Revista de Psiquiatría Pública*.

- CUMMINGS, C., GORDON, J.R. & MARLATT, G.A.** (1980). Relapse: Prevention and prediction. En W.R. Miller (Ed.). *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Oxford: England Pergamon.
- CURRY, S. & MARLATT, G. A.** (1985). Unaided quitters' strategies for coping with temptations to smoke. En S. Shiffman & T.A. Wills (Eds.). *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press.
- CURRY, S. & MARLATT, G. A.** (1987). Building self-confidence, self-efficacy, and self-control. En W. M. Cox (Eds.). *Treatment and prevention of alcohol problems*. Orlando: Academic Press.
- CURRY, S., MARLATT, G.A. & GORDON, J.R.** (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 145-149.
- CHAKRAVARTHY, S., KUMARAIAH, V. & MISHRA, H.** (1990). Aversion therapy in alcoholism. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 6, 57-61.
- CHANEY, E.F., O'LEARY, M.R. & MARLATT, G.A.** (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- CHESS, S.B., NEURINGER, C. & GOLDSTEIN, G.** (1971). Arousal and field dependency in alcoholics. *Journal of General Psychology*, 85, 93-102.
- CHWALISZ, K. ALTMAIER, E.M. & RUSELL, D.W.** (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions, and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 377-400.
- D'ZURILLA, T.J. & GOLDFRIED, M.R.** (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- DALEY, D.C.** (1987). Relapse prevention with substance abusers: Clinical issues and myths. *Social Work*, 32, 138-142.
- DALEY, D.C.** (1989). A psychoeducational approach to relapse prevention. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 105-124.
- DAVIDSON, G.C., TSUJIMOTO, R.N. & GLAROS, A.G.** (1973). Attribution and the maintenance of behavior change in falling asleep. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 124-133.
- DAVIS, P.** (1979). Motivation, responsibility and sickness in the psychiatric treatment of alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 134, 449-458.
- DAVIS, W.L. & PHARES, E.J.** (1967). Internal-external control and attribution of responsibility for success and failure. *Journal of Personality*, 35, 547-561.

- de JONG, P.F., KOOMEN, W. & MELLENBERGH, G.J. (1988). Structure of causes for success and failure: A multidimensional scaling analysis of preference judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 718-725.
- DECI, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum Press.
- DECI, E.L. & RYAN, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- DeCHARMS, R. (1968). *Personal causation. The internal affective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- DeCHARMS, R. (1981). Personal causation and locus of control: Two different traditions and two uncorrelated measures. En H.M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct, vol.1*. New York: Academic Press.
- DELCLAUX, I. & SEOANE, J. (1982). *Psicología cognitiva y procesamiento de la información*. Madrid: Pirámide.
- den BOER, D.J., KOK, G., HOSPERS, H.J. GERARDS, F.M. & STRECHER, V.J. (1991). Health education strategies for attributional retraining and self-efficacy improvement". *Health Education Research*, 6, 239-248.
- DENVIS, G.M., BINIK, Y.M., GORMAN, P., DATTEL, M., McCLOSKEY, B., OSCAR, G. & BRIGGS, J. (1982). Perceived self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in end-stage renal disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 241-244.
- DESHARNAIS, R., BOUILLON, J. & GODIN, G. (1986). Self-efficacy and outcome expectations as determinants of exercise adherence. *Psychological Reports*, 59, 1155-1159.
- DiCLEMENTE, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminar report. *Cognitive Research Therapy*, 5, 175-187.
- DiCLEMENTE, C.C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. Special issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- DiCLEMENTE, C.C., GORDON, J.R. & GIBERTINI, M. (1983). *Self-efficacy and determinants of relapse in alcoholism treatment*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. Anaheim. Citado por C.C. DiClemente (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. Special issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- DiCLEMENTE, C.C. & HUGHES, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DiCLEMENTE, C.C. & PROCHASKA, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (1984). *Estudio de los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas de la población adulta española*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Citado por A. Rodríguez-Martos (1989). *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona: Salvat.
- DISTEFANO, M.K., PRYER M.W. & GARRISON, J.L.** (1972). Internal-external control among alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 36-38.
- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S.** (1980). Psychiatric disorders and susceptibility to stress. En L.N. Robbins, P.J. Clayton & J.K. Wing (Eds.). *The social consequences of psychiatric illness*. New York: Brunner / Mazel.
- DOHRENWEND B. S. & DOHRENWEND, B. P.** (1984). Life stress and illness: Formulation of the issues. En B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.). *Stressful life events and their contexts*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- DONOVAN, D.M. & MARLATT, G. A.** (1980). Assessment of expectancies and behaviors associated with alcohol consumption: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 1153-1185.
- DONOVAN, D.M. & O'LEARY, M.R.** (1975). Comparison of perceived and experienced control among alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 726-728.
- DONOVAN, D.M. & O'LEARY, M.R.** (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale: Reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 759-784.
- DONOVAN, D.M. & O'LEARY, M.** (1983). Control orientation, drinking behavior and alcoholism. En H. M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct, vol.2*. New York: Academic Press.
- DOWL, E.T., LAWSON, G.W. & PETOSA, R.** (1986). Attributional styles of alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 21, 589-593.
- DRASGOW, F., PALAU, J., TAIBI, R. & DRASGOW, J.** (1974). Levels of functioning and locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 365-369.
- DSM III-R** (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- DuCETTE, J. & KEANE, A.** (1984). "Why me?": An attributional analysis of a major illness. *Research in Nursing and Health*, 7, 257-264.
- DWECK, C.S.** (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 674-685.
- DWECK, C.S. LEGGETT, E.L.** (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273.

- EASTMAN, C. & MARZILLIER, J.S. (1984). Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 213-229.
- EASTMAN, C. & NORRIS, H. (1982). Alcohol dependence, relapse and self-identity. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1214-1231.
- ECHEBURÚA, E. (1985). Prediction of relapse in alcoholics: A psychological model. En A. Tongue & E. Tongue (Eds.). *Proceedings of the 31st International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism*. Rome.
- ECHEBURÚA, E. (1986). El alcoholismo en el País Vasco: Algunas claves socioculturales. *Revista Internacional de los Estudios Vascos*, 23, 1019-1032.
- ECHEBURÚA, E. & CORRAL, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: Estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, 16-24.
- ECHEBURÚA, E. & ELIZONDO, M. (1988). Estilo atribucional y locus de control en una muestra de Alcohólicos Anónimos. *Revista Vasca de Psicología*, 1, 71-78.
- EDWARDS, G. (1986). The Alcohol Dependence Syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, 171-183.
- EDWARDS, G. (1987). El alcoholismo como un problema médico importante. *Salud Mental*, 10, 26-31.
- EDWARDS, G. (1988). Long-term outcome for patients with drinking problems: The search for predictors. *British Journal of Addiction*, 83, 987-927.
- EDWARDS, G., BROWN, D., DUCKITT, A., OPPENHEIMER, E., SHEEHAN, M. & TAYLOR, C. (1987). Outcome of alcoholism: The structure of patient attributions as to what causes change. *British Journal of Addiction*, 82, 533-545.
- EDWARDS, G. & GROSS, M.M. (1976). Alcohol dependence syndrome: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- EDWARDS, G., GROSS, M.M., KELLER, M., MOSER, J. & ROOM, R. (1977). *Alcohol related disabilities*. Geneva: World Health Organization.
- EISER, J.R. (1982). Addiction as attribution: Cognitive processes in giving up smoking-. En J.R. Eiser (Ed.). *Social psychology and behavioral medicine*. Chichester: John Wiley & Sons.
- ELAL-LAWRENCE, G., SLADE, P.D. & DEWEY, M.E. (1987). Treatment and follow-up variables discriminating abstainers, controlled drinkers and relapsers. *Journal of Studies of Alcohol*, 48, 39-46.
- ELZO, J., GONZÁLEZ DE AUDIKANA, M., ITZA, L., LAESPADA, M.T. & SIERRA, M.J. (1992). *Euskadi ante las drogas 92. Informe sociológico sobre la evolución y actitudes ante el consumo de tabaco, alcohol y demás drogas en los últimos 10 años*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- ELLIS, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- ELLIS, A. & GRIEGER, R. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- EMERY, G. & FOX, S. (1981). Cognitive therapy of alcohol dependency. En G. Emery, S.D. Hollon & R.C. Bedrosian (Eds.). *New directions in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- EMRICK, C.D. & AARONS, G. A. (1990). Cognitive-behavioral treatment of problem drinking. En H.B. Milkman & L.I. Sederer (Eds.). *Treatment choices for alcoholism and substance abuse*. Massachussets: Lexington Books.
- ENGEL, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- ENGEL, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- ENGLE, K.B. & WILLIAMS, T.K. (1972). Effect of an ounce of vodka on alcoholics desire for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 1099-1105.
- EWING, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- FARBEROW, N.L. (1980). Indirect self-destructive behavior in diabetics and Buerger's Disease patients. En N.L. Farberow (Ed.). *The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior*. New York: McGraw-Hill.
- FATELL, P. (1988). *Attributional processes and relapse following substance abuse treatment*. Unpublished Doctoral Dissertation. Michigan State University.
- FEATHER, N.T. (1989). Trying and giving up: Persistence and lack of persistence in failure situations. En R.C. Curtis (Ed.). *Self-defeating behaviors*. New York: Plenum Press.
- FEIFEL, H. & STRACK, S. (1989). Coping with conflict situations: Middle-aged and elderly men. *Psychology and Aging*, 4, 26-33.
- FEIFEL, H., STRACK, S. & NAGY, V. (1987a). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Research*, 49, 616-625.
- FEIFEL, H., STRACK, S. & NAGY, V. (1987b). Degree of life-threat and differential use of coping modes. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 91-99.
- FELTON, B.J. & REVENSON, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.

- FELTON, B.J., REVENSON, T.A. & HINRICHSEN, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science Medicine*, 10, 889-898.
- FESHBACH, S. & WEINER, B. (1986). *Personality*. Lexington: D.C. Health and Company.
- FESTINGER, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- FINCHMAN, F. (1985). Attribution process in distressed and nondistressed couples: 2. Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 183-190.
- FINCHMAN, F. (1987). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 3. Causal and responsibility attributions for spouse behavior. *Cognitive Therapy Research*, 11, 71-86.
- FINNEY, J.W. & MOOS, R.H. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10 year functioning and mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 142-153.
- FIRTH-COZENS, J. & BREWIN, C. R. (1988). Attributional change during psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 47-54.
- FISKE, S.T. & TAYLOR, S.E. (1984). *Social cognition*. New York: Random House.
- FOLKMAN, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- FOLKMAN, S. & LAZARUS, R.S (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., GRUEN, R.J. & DeLONGIS, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- FORSTERLING, F. (1985). Attributional retraining: A review. *Psychological Bulletin*, 98, 495-512.
- FORSTERLING, F. (1990). Attributional therapies. En S. Graham & V.S. Folkes (Eds.), *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- FOSTER, J.L. & JEFFERY, R.W. (1986). Gender differences related to weight history, eating patterns, efficacy expectations, self-esteem, and weight loss among participants in a weight reduction program. *Addictive Behaviors*, 11, 141-147.
- FOY, D.W., CLINE, K.A. & LAASI, N. (1987). Assessment of alcohol and drug abuse. En T.D. Nirenberg & S.A. Maisto (Eds.), *Developments in the assessment and treatment of addictive behaviors*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.

- FREEDBERG, E.J. & JOHNSTON, W.E.** (1981). The relationship between alcoholism treatment outcome in terms of drinking and various patient characteristics. *Journal of Occupational Medicine*, 23, 30-34.
- FRIEZE, I.H. & BAR-TAL, D.** (1979). Attribution theory: past and present. En I. Frieze, D. Bar-Tal & J.S. Carroll (Eds.). *New approaches to social problems*. San Francisco: Jossey-Bass .
- FRIEZE, I.H. & McHUGH, M.C.** (1977). *Debilitating attributions of the woman alcoholic undergoing treatment*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. San Francisco.
- GALIZIO, M. & MAISTO, S.A.** (1985). Toward a biopsychosocial theory of substance abuse. En M. Galizio & S. A. Maisto (Eds.). *Determinants of substance abuse: Biological, psychological and environmental factors*. New York: Plenum Press.
- GALL, T.L. & EVANS, D.R.** (1986). *The definition and measurement of coping: The development of the Multidimensional Inventory of Coping*. Unpublished manuscript. The University of Western Ontario.
- GARCÍA, R.** (en prensa). Programa de prevención de recaída en dependientes del alcohol. En D. Macia, X. Mendez & J. Olivares (Eds.). *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*.
- GARCÍA, R. & ALONSO, J.** (1989). Alcoholismo: Determinantes de la recaída. Un estudio piloto. *Addicciones*, 1, 5-22.
- GARCÍA, R., CUADRADO, P., NOVAL, M.J. & PATA, M.D.** (1991). *Factores relacionados con la recaída en un programa ambulatorio de dependencia del alcohol*. Trabajo presentado en las XIX Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol. Sta. Cruz de Tenerife.
- GARCÍA, R., CUADRADO, P., PATA, M.D. & LAFARGA, C.** (1990). Abandonos terapéuticos en un programa de tratamiento ambulatorio de alcoholismo. *Addicciones*, 2, 191-208.
- GEORGE, W.H.**, (1989). Marlatt and Gordon's relapse prevention model: A cognitive-behavioral approach to understanding and preventing relapse. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 125-152.
- GIL, S.W., JIMÉNEZ, R. PÉREZ, C. & VARGAS, F.** (1992). *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- GLENN, S.W. & PARSONS, O.A.** (1991). Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 26, 237-254.
- GOBIERNO VASCO** (1988). *Congreso de drogodependencias. Análisis multidisciplinar. Tomo IV: La investigación al servicio de la terapéutica y los modelos de tratamiento en drogodependencias. II Congreso Mundial Vasco*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- GOBIERNO VASCO** (1987). *Libro Blanco de las drogodependencias en Euskadi*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GOBIERNO VASCO** (1992). *Debate social ante las drogodependencias, Euskadi 1992*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GOBIERNO VASCO** (1993). *Plan trienal de Drogodependencias. Trienio 1993-1995*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GODOY, A.** (1988). Algunas consideraciones acerca de las expectativas de lugar de control y su evaluación. *Psicologemas*, 2, 193-236.
- GOLDMAN, M.S.** (1989). Alcohol expectancies as cognitive-behavioral psychology: Theory and practice. En T. Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan & G.A. Marlatt (Eds.). *Addictive behaviors: Prevention and early intervention*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- GOLDMAN, M.S., BROWN, S.A. & CHRISTIANSEN, B.A.** (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. En H.T. Blane & K.E. Leonard (Eds.). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press.
- GORSKI, T.T.** (1982). *Gaining a perspective on relapse in alcoholism*. Hazel Crest: Alcoholism Systems Associates.
- GORSKI, T.T.** (1989). The CENAPS model of relapse prevention planning. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 153-169.
- GORSKI, T.T.** (1990). The CENAPS model of relapse prevention: Basic principles and procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 125-133.
- GOTTLIEB, A., FREIDMAN, L.F., COONEY, N., GORDON, J. & MARLATT, G.A.** (1981). *Quitting smoking in self-help: Relapse and survival in unaided quitters*. Paper presented at the Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Toronto. Citado por S. Shiffman (1987). Maintenance and relapse: Coping with temptation. En T.D. Nirenberg & S.A. Maisto (Eds.). *Developments in the assessment and treatment of addictive behaviors*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- GOZALI, J. & SLOAN, J.** (1971). Control orientation as a personality among alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 159-161.
- GRAYBILL, D. & SERGEANT, P.** (1983). Locus of control: Perceived contingency or perceived competence?. *Perceptual and Motor Skills*, 56, 47-54.
- GREENWOOD, V.** (1985). RET and substance abuse. En A. Ellis & M. Bernard (Eds.). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum Press.
- GREGORY, W.L.** (1981). Expectancies for controllability, performance attributions and behavior. En H.M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct, vol.1*. New York: Academic Press.
- GROVE, J.R.** (1993). Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers. *Addictive Behaviors*, 18, 311-320.

- GUAL i SOLE, A.** (1988). Estudios longitudinales prospectivos en alcoholismo. Aportaciones recientes. En P.A. Soler, F. Freixa & F. Reina (Eds.). *Trastorno por dependencia del alcohol*. Barcelona: Laboratorios Delagrangue.
- HAINES, P., McGRATH, F. & PIROT, M.** (1980). Expectations and persistence: An experimental comparison of Bandura and Rotter. *Social Behavior and Personality*, 8, 193-201.
- HARVEY, J.H. & GALVIN, K.S.** (1984). Clinical implications of attribution theory and research. *Clinical Psychology Review*, 4, 15-33.
- HARVEY, J.H. & WEARY, G.** (1981). *Perspectives on attributional process*. Iowa: Brown Company Publishers.
- HARVEY, J.H. & WEARY, G.** (1984). Currents issues in attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 35, 427-459.
- HAVASSY, B.E., HALL, S.M. & WASSERMAN, D.A.** (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.
- HAYES, G.A., TEMPLER, D.I., JANSEN, M.A. & GRAHAM, C.R.** (1989). Alcoholism: Abstinence, improvement, and no improvement in general population. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 8, 87-96.
- HAYNES, P. & AYLIFFE, G.** (1991). Locus of control of behavior: Is high externality associated with substance misuse?. *British Journal of Addiction*, 86, 1111-1117.
- HEATHER, N. & ROBERTSON, I.** (1989). *Problem drinking*. Oxford: Oxford University Press.
- HEATHER, N., ROLLNICK, S. & WINTON, M.** (1983). A comparison of objective and subjective measures of alcohol dependence as predictors of relapse following treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 11-17.
- HEATHER, N. & TEBBUTT, J.** (1989). Definitions of non-abstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications: A review and proposal. *Drug and Alcohol Dependence*, 24, 83-93.
- HEIDER, F.** (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- HINRICHSEN, J.J.** (1976). Locus of control among alcoholics: Some empirical and conceptual issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 908-916.
- HOCHREICH, D.J.** (1975). Defensive externality and blame projection following failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 540-546.
- HODGSON, R.J.** (1989). Resisting temptation: A psychological analysis. *British Journal of Addiction*, 84, 251-257.
- HODGSON, R.J. & STOCKWELL, T.** (1985). The theoretical and empirical basis of the alcohol dependence model: A social learning perspective. En N. Heather,

- I. Robertson & P. Davis (Eds.). *The misuse of alcohol: Crucial issues in dependence treatment and prevention*. New York: New York University Press.
- HOLMES, T.B. & MASUDA, M. (1974). Life change and illness susceptibility. En B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.). *Stressful life events*. New York: John Wiley & Sons.
- HOLLON, S.D. & GARBER, J. (1988). Cognitive therapy. En L.Y. Abramson (Eds.). *Social cognition and clinical psychology*. New York: Guilford Press.
- HOLLON, S.D. & KRIS, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- HOMME, L.E. (1965). Perspectives in psychology XIV: Control of coverants, the operants of the mind. *Psychology Record*, 15, 501-511.
- HUNT, W.A., BARNETT, L.W. & BRANCH, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- IBAÑEZ, E. (1985). Los procesos de adaptación cognitiva. En J. Mayor (Ed.). *Actividad humana y procesos cognitivos*. Alhambra: Madrid.
- ICD-10 (1989). *Clinical descriptions and diagnosis guidelines*. Ginebra: World Health Organization.
- ICKES, W. & LAYDEN, M.A. (1978). Attributional styles. En J.H. Harvey, W.J. Ickes & R.F. Kidd (Eds.). *New directions in attribution research, vol.2*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- ILFELD, F.W. (1980). Coping styles of Chicago adults: Description. *Journal of Human Stress*, 6, 2-10.
- INGRAM, R.E. & SCOTT, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.). *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press.
- ITO, J.R. & DONOVAN, D.M. (1990). Predicting drinking outcome: Demography, chronicity, coping, and aftercare. *Addictive Behaviors*, 15, 553-559.
- ITO, J.R., DONOVAN, D.M. & HALL, J.J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: Effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *British Journal of Addiction*, 83, 171-181.
- JACKSON, P. & OEI, T.P.S. (1978). Social skills training and cognitive restructuring with alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*, 3, 369-374.
- JAMES, W. H. & ROTTER, J. B. (1958). Partial and 100% reinforcement under chance and skill conditions. *Journal of Experimental Psychology*, 55, 397-403.
- JELLINEK, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College and University Press.

- JOHNSEN, E. & HERRINGER, L.G.** (1993). A note of the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment. *Journal of Psychology*, 127, 73-77.
- JOHNSON, E.E., NORA, R.M., TAN, B. & BUSTOS, N.** (1991). Comparison of two locus of control scales in predicting relapse in an alcoholic population. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 43-50.
- JOHNSON, J.H. & SARASON, I.G.** (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.
- JONES, E.E. & DAVIS, K.E.** (1965). From acts to dispositions: The attribution process in person perception. En L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 2. New York: Academic Press.
- JONES, J.W.** (1985). Predicting patients' withdrawal against medical advice from an alcoholism treatment center. *Psychological Reports*, 57, 991-994.
- KADDEN, R.M., LITT, M.D., COONEY, N. & BUSHNER, D.A.** (1992). Relationship between role-play measures of coping skills and alcoholism treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 17, 425-437.
- KANFER, F.H. & PHILLIPS, J.S.** (1977). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.
- KASL, S.** (1989). An epidemiological perspective on the role of control health. En S.L. Santer, J.J. Hurrell & C.L. Cooper (Eds.). *Job control and worker health*. New York: John Wiley & Sons.
- KEANE, A., DuCETTE, J. & ADLER, D.C.** (1985). Stress in ICU and non-ICUS nurses. *Nursing Research*, 34, 2131-236.
- KELLER, M.** (1972). On the loss-of-control phenomenon in alcoholism. *British Journal of Addiction*, 67, 153-166.
- KELLER, M.** (1978). A nonbehaviorist's view of the behavioral problem with alcoholism. En P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (Eds.). *Alcoholism. New directions in behavioral research and treatment*. New York: Plenum Press.
- KELLEY, H.H.** (1967). Attribution theory in social psychology. En D. Levine (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 15. Lincoln: University of Nebraska Press.
- KELLEY, H.H.** (1971). Causal schemata and the attribution process. En E.E. Jones, D.E. Kanouse, H.H. Kelley, R.E. Nisbett, S. Valins & B. Weiner (Eds.). *Attribution: perceiving the causes of behavior*. New Jersey: General Learning Press.
- KELLEY, H.H. & MICHELA, J.L.** (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501.
- KELLY, G.A.** (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

- KELLY, J.** (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- KENDALL, P.C., HOWARD, B. & HAYS, R.C.** (1989). Self-referent speech and psychopathology: the balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 583-598.
- KENNEDY, R.W., GILBERT, G.S. & THORESON, R.** (1978). A self-concept program for drinking antecedents: The role of self-monitoring and control orientation. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 238-243.
- KERLINGER, F.N.** (1985). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- KEYSON, M. & LANDA, L.** (1972). *Untitled locus of drinking control scale*. Unpublished manuscript. St. Lukes Hospital, Phoenix. Citado por D.M. Donovan & M.R. O'Leary (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale: Reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 759-784.
- KIRSCH, I.** (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.
- KISSIN, B. & HANSON, M.** (1985). Integration of biological and psychosocial interventions in the treatment of alcoholism. En B. McCraddy, N.E. Noel & T.D. Nirenberg (Eds.). *Future directions in alcohol abuse treatment research (Research Monograph No. 15)*. Washington: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- KLINGEMANN, H.K.** (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *International Journal of the Addictions*, 27, 1359-1388.
- KOBASA, S.C., MADDI, S.R. & COURINGTON, S.** (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378.
- KOJIMA, M.** (1984). A study of causal attribution in achievement-related behavior: An analysis both in the experimental and in the educational settings. *Journal of Child Development*, 20, 20-30.
- KOK, G., de VRIES, H., MUUDE, A.N. & STRECHER, V.J.** (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research*, 6, 231-238.
- KORNBLIT, A.L., MENDES, A.M. & BILK, A.** (1992). Prevención de recaídas en drogadicción. *Adicciones*, 4, 79-91.
- LANG, A.R.** (1983). Addictive personality: A viable construct?. En P.K. Levinson, D.R. Gerstein & D.R. Maloff (Eds.). *Commonalities in substance abuse and habitual behavior*. Lexington: Lexington Books.
- LANGER, E.J.** (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.

- LARIMER, M.E. & MARLATT, G.A. (1992). Determinants of relapse prevention in addictive behaviors. A social learning approach to facilitating maintenance. En J.D. Fisher, J.H. Chinsky, Y. Klar & A. Nadler (Eds.). *Initiating self-changes: Social psychology and clinical perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- LARIMER, M.E. & MARLATT, G.A. (en prensa). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of addictive behaviors. En L.W. Craighead, W.E. Craighead, A.E. Kazdin & M.J. Mahoney (Eds.). *Cognitive behavioral interventions*. New York: Pergamon Press.
- LAYDEN, M.A. (1982). Attributional style therapy. En C. Antaki & C. Brewin (Eds.). *Attributions and psychological change*. London: Academic Press.
- LAZARUS, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw Hill.
- LAZARUS, R.S. (1983). The costs and benefits of denial.. En S. Breznitz (Ed.). *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- LAZARUS, R.S., COHEN, J.B., FOLKMAN, S., KANNER, A. & SCHAEFER, C. (1980). Psychological stress and adaptation: Some unresolved issues. En H. Selye (Ed.). *Selye's guide to stress research*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LEFCOURT, H.M. (1980). Personality and locus of control. En J. Garber & M.E.P. Seligman (Eds.). *Human helplessness*. New York: Academic Press.
- LEFCOURT, H.M. (1982). *Locus of control*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- LEFCOURT, H.M. (1984). Locus of control and stressful life events. En B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.). *Stressful life events and their contexts*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- LEFCOURT, H.M., HOGG, E., STRUTHERS, S. & HOLMES, C. (1975). Causal attributions as a function of locus of control, initial confidence and performance outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 391-397.
- LEFCOURT, H.M., MARTIN, R.A. & WARE, E.E. (1984). Locus of control, causal attributions and affects in achievement-related contexts. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 16, 57-64.
- LEFCOURT, H.M., von BAEYER, C.L., WARE, E.E. & COX, D.J. (1979). The Multidimensional-Multiattributonal Causality Scale: The development of a goal specific locus of control scale. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 11, 286-304.
- LEFCOURT, H.M. & WINE, J. (1969). Internal versus external control of reinforcement and the deployment of attention in experimental situations. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 1, 167-181.

- LEVENSON, H. (1972). *Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale*. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association. Citado por H. Levenson (1981). Differentiating among internality, powerful others and chance. En H.M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct, vol.1*. New York: Academic Press.
- LEVENSON, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others and chance. En H.M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct, vol.1*. New York: Academic Press.
- LEWIN, K. (1938). *The conceptual representation and measurement of psychological forces*. Durham: Duke University Press. Citado por L. Mayor & E. Barberá (1987). Motivación cognitiva: Teorías basadas en las expectativas y valencias. *Psicologemas*, 1, 51-86.
- LEWIS, J.A., DANA, R.Q. & BLEVINS, G.A. (1988). Relapse and relapse prevention. En J.A. Lewis, R.Q. Dana & G.A. Blevins (Eds.). *Models of addiction*. California: Brooks-Cole Publishing Company.
- LINDSAY, P.H. & NORMAN, D.A. (1983). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Tecnos.
- LINDSTROM, W.W. (1986). *A verification of the role of control in the progression of and recovery from alcoholism*. Unpublished Doctoral Dissertation. Case Western Reserve University.
- LIPOWSKI, Z.J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.
- LIPOWSKI, Z.J. (1977). Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134, 233-244.
- LIPOWSKI, Z.J. (1979). Physical illness and psychiatric disorder: A neglected relationship. *Psychiatria Fennica*, 32-57.
- LITMAN, G.K., EISER, J.R., RAWSON, N.S.B. & OPPENHEIM, A.N. (1977). Toward a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 157-162.
- LITMAN, G.K., EISER, J.R., RAWSON, N.S.B. & OPPENHEIM, A.N. (1979). Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors. *Behavior Research and Therapy*, 17, 89-94.
- LITMAN, G.K., STAPLETON, J., OPPENHEIM, A.N., PELEG, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviors in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78, 269-276.
- LITMAN, G.K., STAPLETON, J., OPPENHEIM, A.N., PELEG, M. & JACKSON, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addictions*, 79, 283-291.

- LUDENIA, K. & RUSSELL, S.F. (1983). The relationship between health locus of control beliefs and the MMPI with an alcoholic population. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 624-627.
- LUDWIG, A.M. (1972). On and off the wagon: Reasons for drinking and abstaining by alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 91-96.
- LUDWIG, A.M. (1985). Cognitive processes associated with 'spontaneous' recovery from alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 53-58.
- LLORENTE, J., GUTIERREZ, M., LÓPEZ, E. & RUIZ, J. (1991). *Adicción a opiáceos: Factores asociados a la abstinencia desde un modelo cognitivo-conductual. Un estudio piloto*. Trabajo no publicado. Vitoria.
- MACKAY, P.W., DONOVAN, D.M. & MARLATT, G.A. (1991). Cognitive and behavioral approaches to alcohol abuse. En R.J. Frances & S.I. Miller (Eds.). *Clinical textbook of addictive disorders*. New York: Guilford Press.
- MACKAY, P.W. & MARLATT, G.A. (1991). Maintaining sobriety: Stopping is starting. *International Journal of the Addictions*, 25, 1257-1276.
- MADDEN, J.S. (1986). *Alcoholismo y farmacodependencia*. Mexico: El Manual Moderno.
- MADDUX, J.E. (1991). Self-efficacy. En C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.). *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective*. New York: Pergamon Press.
- MADDUX, J.E., NORTON, L.W. & STOLTENBERG, C.D. (1986). Self-efficacy expectancy, outcome expectancy, and outcome value: Relative effects on behavioral intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 783-789.
- MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- MAHONEY, M.J. (1977). Reflections on the cognitive-learning trend in psychology. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- MAHONEY, M.J. & LYDDON, W.J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 16, 190-234.
- MAISTO, S.A., LAUERMAN, R. & ADESSO, V.J. (1977). A comparison of two experimental studies of the role of cognitive factors in alcoholics' drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 145-149.
- MAISTO, S.A., O'FARRELL, T.J., CONNORS, G.J., MCKAY, J.R. & PELCOVITS, M. (1988). Alcoholics' attributions affecting their relapse to drinking and reasons for terminating relapse episodes. *Addictive Behaviors*, 13, 79-82.
- MAISTO, S.A., O'FARRELL, T.J., MCKAY, J.R., CONNORS, G.J. & PELCOVITS, M. (1989). Factors in maintaining sobriety following alcohol treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 143-150.

- MALTZMAN, I. (1991). Is alcoholism a disease? A critical review of a controversy. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 26, 200-210.
- MARIANO, A.J., DONOVAN, D.M., WALKER, P.S. MARIANO, M.J. & WALKER, R.D. (1989). Drinking-related locus of control and the drinking status of urban native americans. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 331-338.
- MARLATT, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En P.E. Nathan & G.A. Marlatt (Eds.). *Alcoholism. New directions in behavioral research and treatment*. New York: Plenum Press.
- MARLATT, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking; a cognitive-behavioral analysis. En P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.). *Cognitive behavioral interventions; theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- MARLATT, G.A. (1985a). Cognitive assessment and interventions procedures for relapse prevention. En G.A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- MARLATT, G.A. (1985b). Cognitive factors in the relapse process. En G.A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- MARLATT, G. A. (1985c). Coping and substance abuse: Implications for research. En S. Shiffman & T.A. Wills (Eds.). *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press.
- MARLATT, G.A. (1985d). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G.A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- MARLATT, G.A. (1985e). Situational determinants of relapse and skill-training interventions. En G.A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- MARLATT, G.A. (1987). Research and political realities: What the next twenty years hold for behaviorists in the alcohol field. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 9, 165-171.
- MARLATT, G.A. (1988). Research on behavioral strategies for the prevention of alcohol problems. *Contemporary Drug Problems*, , 31-45.
- MARLATT, G.A. (1992). Substance abuse: Implications of a biopsychosocial model for prevention, treatment, and relapse prevention. En J. Grabowski & G.R. VandenBos (Eds.). *Psychopharmacology: Basic mechanisms and applied intervention*. Washington: American Psychological Association.
- MARLATT, G.A., BAER, J.S., DONOVAN, D.M. & KIVLAHAN, D.R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.

- MARLATT, G.A., BAER, J.S. & QUIGLEY, L.A. (1993). *Self-efficacy and addictive behavior*. Manuscript submitted for publication. University of Washington.
- MARLATT, G.A. & BARRETT, K. (en prensa). Relapse prevention in the treatment of substance abuse. En M. Galanter & H. Kleber (Eds.). *The treatment of substance abuse*. New York: American Psychiatric Press.
- MARLATT, G.A., DEMMING, B. & REID, J.B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics; an experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233-241.
- MARLATT, G.A. & GORDON, J. R. (1980). Determinants of relapse. En P.O Davidson & S.M. Davidson (Eds.). *Behavioral medicine: Changing health life styles*. New York: Brunnel-Mazel.
- MARLATT, G.A., MILLER, W.R. & BAER, J.S. (1993). Evaluating individual differences dimensions. En B.S. McCrady & W.R. Miller (Eds.). *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- MARLATT, G.A. & ROHSENOW, D.J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. En N.K. Mello (Ed.). *Advances in substance abuse. Behavioral and biological research, vol.1*. Greenwich: JAI Press.
- MARQUÍNEZ, F., GUTIÉRREZ, M., QUEREJETA, I., BALLESTEROS, J. & ARAMBERRI, I. (1983). Epidemiología del consumo de drogas en el País Vasco. *Sociología de la salud. Primeras Jornadas*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- MARTÍ, J.L. & MURCIA, M. (1988). *Conceptos fundamentales de drogodependencias*. Barcelona: Herder.
- MATHEWS, A., TEASDALE, J., MUNBY, M., JOHNSON, D. & SWAW, P. (1977). Recent developments in the treatment of agoraphobia. *Behavioral Analysis and Modification*, 2, 64-75.
- MATTHEWS, K.A. (1982). Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323
- MAYER, J.E. & KOENIGSMARK, C.P.S. (1991). Self efficacy, relapse and the possibility of posttreatment denial as a stage in alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 1-16.
- MAYOR, L. & BARBERÁ, E. (1987). Motivación cognitiva: Teorías basadas en las expectativas y valencias. *Psicologemas*, 1, 51-86.
- McAULEY, E. & DUNCAN, T.E. (1990). The causal attribution process in sport and physical activity. En S. Graham & V.S. Folkes (Eds.). *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- McAULEY, E., DUNCAN, T.E. & RUSSELL, D.W. (1990). *Measuring causal attributions: The revised causal dimension scale (CDS II)*. Manuscript submitted for publication.
- McAULEY, E., DUNCAN, T.E. & RUSSELL, D.W. (1992). Measuring causal attributions: The revised Causal Dimension Scale (CDS II). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 566-573.
- McBRIDE, J.L. (1991). Abstinence among members of Alcoholics Anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 113-121.
- McCRADY, B. & SHER, K. (1985). Treatment variables. En B. McCrady, N.E. Noel & T.D. Nirenberg (Eds.). *Future directions in alcohol abuse treatment research* (Research Monograph No.15). Washington: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- McKAY, J.R., O'FARRELL, T.J., MAISTO, S.A., CONNORS, G.J. & FUNDER, D.C. (1989). Biases in relapse attributions made by alcoholics and their wives. *Addictive Behaviors*, 14, 513-522.
- McKAY, M., DAVIS, M. & FANNING, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- McLELLAN, A.T., WOODY, G.E., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P. & DRULEY, K.A. (1983). Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment matching. *Journal of Nervous Mental Disease*, 171, 597-605.
- McHUGH, M., BECKMAN, L. & FRIEZE, I.H. (1979). Analyzing alcoholism. En H. Frieze, D. Bar-Tal & J.S. Carrol (Eds.). *New approaches to social problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum Press.
- MEICHENBAUM, D. & JAREMKO, M.E. (1987). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- MELGES, F.T. & WEISZ, A.E. (1971). The personal future and suicidal ideation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 53-57.
- MELLO, N.K. (1983). Etiological theories of alcoholism. En N.K. Mello (Ed.). *Advances in substance abuse, vol.3*. Greenwich: JAI Press.
- MENAGHAN, E.G. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. En H.B. Kaplan (Ed.). *Psychosocial stress. Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- METALSKY, G. & ABRAMSON, L.Y. (1981). Attributional styles: Toward a framework for conceptualized and assessment. En P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.). *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.

- MEYER, J.P. (1980). Causal attribution for success and failure: A multivariate investigation of dimensionality, formation, and consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 704-718.
- MICHELA, J.L., PEPLAU, L.A. & WEEKS, D.G. (1982). Perceived dimensions of attributions for loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 929-936.
- MILKMAN, H., WEINER, S.E. & SUNDERWIRTH, S. (1983). Addiction relapse. En H. Shaffer & B. Stimmel (Eds.). *The addictive behavior*. New York: The Haworth Press.
- MILLER, L. (1990). Neuropsychodynamics of alcoholism and addiction: Personality, psychopathology, and cognitive style. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 31-50.
- MILLER, N.S. & CHAPPEL, J.N. (1991). History of the disease concept. *Psychiatric Annals*, 21, 196-205.
- MILLER, P.J., ROSS, S.M., EMMERSON, R.Y. & TODT, E.H. (1989). Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 14, 217-224.
- MILLER, T.W. (1988). Advances in understanding the impact of stressful life events on health. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 615-622.
- MILLER, W.R. (1983a). Controlled drinking: A history and critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 68-83.
- MILLER, W.R. (1983b). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- MILLER, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- MILLER, W.R. (1990). Alcohol treatment alternatives: What works?. En H.B. Milkman & L.I. Sederer (Eds.). *Treatment choices for alcoholism and substance abuse*. Massachusetts: Lexington Books.
- MILLER, W.R. & HESTER, R.K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W. M. Miller (Ed.). *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. New York: Pergamon Press.
- MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- MILLS, J.K. (1991). Control orientation as personality dimension among alcoholics and obese adult men undergoing addictions treatment. *Journal of Psychology*, 125, 537-542.
- MINEKA, S. & HENDERSEN, R. (1985). Controlability and Predictability in acquired motivation. *Annual Review of Psychology*, 36, 495-529.
- MISCHEL, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.

- MONROE, S. (1982). Life events and disorder: Event-symptoms associations and the course of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 14-24.
- MONTI, P.M., ABRAMS, D.B., BINKOFF, J.A., ZWICK, W.R., LIEPMAN, M.R., NIRENBERG, T.D. & ROHSENOW, D. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Alcohol Studies*, 51, 263-270.
- MONTI, P.M., ABRAMS, D.B., KADDEN, R.M. & COONEY, N.L. (1989). *Treating alcohol dependence. A coping skills training guide*. New York: Guilford Press.
- MONTI, P.M., CORRIVEAU, D.P. & ZWICK, W. (1981). Assessment of social skills in alcoholics and other psychiatric patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 526-529.
- MOONEY, J.P., BURLING, T.A., HARTMAN, W.M. & BRENNER-LISS, D. (1992). The abstinence violation effect and very low calorie diet success. *Addictive Behaviors*, 17, 319-324.
- MOOS, R.H. (1990). *Coping Responses Inventory Manual*. Palo Alto: Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Centers.
- MOOS, R.H., FINNEY, J.W. & CRONKITTE, R.C. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process and outcome*. New York: Oxford University Press.
- MOOS, R.H., FINNEY, J.W. & CHAN, D.A. (1981). The process of recovery from alcoholism: Comparing alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 383-402.
- MOOS, R.H. & SCHAEFFER, J.A. (1984). The crisis of physical illness. En R.H. Moos (Ed.). *Coping with physical illness*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- MULLEN, B. & SULLS, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 43-49.
- MURDOCK, N.L. & ALTMAIER, E.M. (1991). Attribution-based treatment. En C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.). *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective*. New York: Pergamon Press.
- MURPHY, S.A. & HOFFMAN, A. (1993). An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse*, 5, 131-143.
- NACE, E.P. (1987). *The treatment of alcoholism*. New York: Brunner / Mazel.
- NATERA, G., HERREJÓN, M.E. & CASCO, M. (1988). Locus of control in couples with different patterns of alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 22, 179-186.

- NATHAN, P.E. (1978). Overview of behavioral treatment approaches. En G.A. Marlatt & P.E. Nathan (Eds.). *Behavioral approaches to alcoholism*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- NATHAN, P.E. (1980). Etiology and process in the addictive behaviors. En W.R. Miller (Ed.). *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Oxford: Pergamon.
- NATHAN, P. (1985). Alcoholism: A cognitive-social learning approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 169-173.
- NATHAN, P.E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183-188.
- NATHAN, P.E. (1990). Integration of biological and psychological research on alcoholism. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 14, 368-374.
- NATHAN, P.E. (1991). Substance use disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 356-361.
- NATHAN, P.E. & MARLATT, G.A. (1989). Treatment outcomes for alcoholism in the United States: Current research. En T. Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan & G.A. Marlatt (Eds.). *Addictive behaviors. Prevention and early intervention*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- NATHAN, P.E. & SKINSTAD, A.H. (1987). Outcomes of treatment for alcohol problems: Current methods, problems and results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 332-340.
- NAVAS, L., SAMPASCUAL, G. & CASTEJÓN, J.L. (1992). Atribuciones y expectativas de alumnos y profesores: Influencias en el rendimiento escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 55-62.
- NEIDIGH, L. W., GESTEN, E.L. & SHIFFMAN, S. (1988). Coping with the temptation to drink. *Addictive Behaviors*, 1, 1-9.
- NEISSER, U. (1979). *Psicología cognoscitiva*. México: Trillas.
- NELSON, D.W. & COHEN, L.H. (1983). Locus of control perceptions and the relationship between life stress and psychological disorder. *American Journal of Community Psychology*, 11, 705-722.
- NIELSEN, P. (1992). Alcohol problems, treatment and relapse: A qualitative study of psychological processes involved in relapse after treatment in a group of alcoholics. *Nordisk Psykologi*, 44, 161-172.
- NORCROSS, J.C., PROCHASKA, J.O. & HAMBRECHT, M. (1985). Levels of Attribution and Change (LAC) Scale: Development and Measurement. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 631-650.
- NORDSTROM, G. & BERGLUND, M. (1986). Successful adjustment in alcoholism. Relationships between causes of improvement, personality, and social factors. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 174, 664-668.

- NOWACK, K.M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 145-158.
- O'LEARY, M.R., DONOVAN D.M. & O'LEARY, D.E. (1976). Changes in perceived and experienced control among inpatient alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 500-504.
- O'LEARY, M.R., DONOVAN, D.M., HAGUE, W.H. & SHEA, R.A. (1975). Shifts in component factors of locus of control as a function of treatment in male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 359-361.
- OEI, T.P. & JACKSON, P.R. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5, 129-136.
- OEI, T.P. & JACKSON, P.R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 532-547.
- OEI, T.P. & JONES, R. (1986). Alcohol-related expectancies: Have they a role in the understanding and treatment of problem drinking?. *Advances in Alcohol Substance Abuse*, 6, 89-105.
- OEI, T.P., LIM, B. & YOUNG, R.M. (1991). Cognitive processes and cognitive behavior therapy in the treatment of problem drinking. *Journal of Addictive Diseases*, 10, 63-80.
- ORNSTEIN, P. & CHEREPON, J.A. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 425-432.
- OZIEL, L.J. & OBITZ, F.W. (1975). Control orientation in alcoholics related to extent of treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 158-161.
- PAEZ, D. (1985). *Salud mental y factores psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- PALENZUELA, D. (1984a). Critical evaluation of locus of control: Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. *Psychological Reports*, 54, 683-709.
- PALENZUELA, D. (1984b). *Distinguiendo entre atribuciones y expectativas de lugar de control. Una crítica al enfoque de Lefcourt*. Trabajo presentado en el Symposium sobre Actividad Humana y Procesos Cognitivos. Madrid.
- PALENZUELA, D. (1987a). The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura: A reply to Kirsch's approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 437-452.
- PALENZUELA, D. (1987b). Sphere-specific measures of perceived control: Perceived contingency, perceived competence, or what? A critical evaluation of Paulhus and Christie's approach. *Journal of Research in Personality*, 21, 264-286.
- PALENZUELA, D. (1988). Refining the theory and measurement of expectancy of internal versus external control of reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 9, 607-629.

- PALENZUELA, D.** (1990). *Midiendo las expectativas generalizadas de control: Primeros datos*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Psicología. Barcelona.
- PALENZUELA, D. & CHAMARRO, A.** (1990). *El enfoque de tres parámetros del control personal: Un esquema conceptual integrador para la psicología del deporte*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Psicología. Barcelona.
- PALLARÉS, E.** (1993). *Internalidad-Externalidad en alumnos de 3º a 6º de EGB. Relación con el rendimiento académico*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Deusto.
- PANTOJA, L.** (1988). *Prevención y tratamiento de la reincidencia en programas de conductas adictivas*. Ponencia presentada en las V Jornadas de Pedagogía Social. Salamanca.
- PANTOJA, L.** (1989). *La autorregulación científica de la conducta*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- PAREDES, A., HOOD, W.R., SEYMOUR, H. & GOELOB, M.** (1973). Loss of control in alcoholism: An investigation of the hypothesis with experimental findings. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1146-1161.
- PARKES, K.R.** (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.
- PARKES, K.R.** (1990). Coping negative affectivity, and the work environment: Additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75, 399-409.
- PATTERSON, B.W., PARSONS, O.A., SCHAEFFER, K.W. & ERRICO, A.L.** (1988). Interpersonal problem solving in alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 707-713.
- PATTISON, E.M., SOBELL, M.B. & SOBELL, L.C.** (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer Publishing Company.
- PAULHUS, D. & CHRISTIE, R.** (1981). Spheres of control: An interactionist approach to assessment of perceived control. En H.M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct, vol. I*. New York: Academic Press.
- PEACOCK, E.J. & WONG, P.T.** (1990a). *Appraisal, coping and psychological distress: A structural modeling approach*. Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Psychological Association. Ottawa.
- PEACOCK, E.J. & WONG, P.T.** (1990b). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress medicine*, 6, 227-236.
- PEACOCK, E.J., WONG, P.T.P. & REKER, G. T.** (1990c). *Relations between appraisals and coping schemas: Support for the congruence model*. Unpublished manuscript. Trent University.

- PEARLIN, L.I., LIEBERMAN, M.A., MENAGHAN, E.H. & MULLAN, J.T. (1981). The process of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- PEARLIN, L.I. & SCHOOLER, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- PELECHANO, V. (1985). Cognición y personalidad: Una pareja indisoluble aunque mal avenida. En J. Mayor (Ed.). *Actividad humana y procesos cognitivos*. Alhambra: Madrid.
- PELECHANO, V., MATUD, P. & de MIGUEL, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 91-149.
- PEPLAU, L.A., RUSSELL, D.W. & HEIM, M. (1979). The experience of loneliness. En I. Frieze, D. Bar-Tal & J.S. Carrol (Eds.). *New approaches to social problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- PÉREZ, A.M. (1984). Dimensionalidad del constructo "locus of control". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 471-488.
- PÉREZ, A.M. (1986a). Aprendizaje social y personalidad: El modelo de J.B. Rotter. En J.M. Bermúdez (Ed.). *Psicología de la personalidad II*. Madrid: UNED.
- PÉREZ, A.M. (1986b). Procesos de atribución. En J.M. Bermúdez (Ed.). *Psicología de la personalidad II*. Madrid: UNED.
- PERVIN, L.A. (1988). Personalidad: Controversias, problemas y tendencias actuales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 19-20, 73-98.
- PETROSKY, M. & BIRKIMER, J. (1991). The relationship among locus of control, coping styles, and psychological symptoms reporting. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 336-345.
- PETTERSEN, N. (1987). A conceptual difference between internal-external locus of control and causal attributions. *Psychological Reports*, 60, 203-209.
- PHARES, E.J. (1957). Expectancy changes in skill and chance situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 54, 339-342.
- PHARES, E.J. (1976). *Locus of control in personality*. Morristown: General Learning Press.
- PHARES, E.J., RITCHIE, D.E. & DAVIS, W.L. (1968). Internal-external control and reactions to threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 402-405.
- PINES, H.A. & JULIAN, J.W. (1972). Effects of task and social demands on locus of control differences in information processing. *Journal of Personality*, 40, 407-416.
- POLICH, J. M., ARMOR, D. J. & BRAIKER, H. B. (1981). *The course of alcoholism. Four years after treatment*. New York: John Wiley & Sons.

- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C.** (1986). Toward a comprehensive model of change. En W.R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors. Processes of change*. New York: Plenum Press.
- PYCHYL, T.A., LITTLE, B.R. & HOGE, R.D.** (1987). *Context, appraisal and coping: Situational determinants of the coping responses*. Paper presented at the Canadian Psychological Association Convention. Vancouver.
- PYLE, R.** (1984). *Locus of control as an outcome and predictor variable in the treatment of alcoholism*. Unpublished Doctoral Dissertation. California School of Professional Psychology. Citado por L.P. Bridgman (1990). *Locus of control, drinking related locus of control, exposure to Alcoholics Anonymous, length of sobriety, and severity of alcoholism: A study of relationships*. Unpublished Doctoral Dissertation. Biola University.
- QUADREL, M. & LAU, R.J.** (1989). Health promotion, health locus of control, and health behavior: two field experiments. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1497-1521.
- QUATTRONE, G.A.** (1985). On the congruity between internal states and action. *Psychological Bulletin*, 98, 3-40.
- RABIN, C., AMIR, S., NARDI, R. & OVADIA, B.** (1986). Compliance and control: Issues in group training for diabetics. *Health and Social Work*, 11, 141-151.
- RAIMY, V.** (1985). Misconceptions and the cognitive therapies. En M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- REICH, J.W. & GUTIERRES, S.E.** (1987). Life events and treatment attributions in drug abuse and rehabilitation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 73-94.
- REID, D.W.** (1975). *Locus of control as an important concept for an interactionist approach to behavior with particular application to psychological stress*. Paper presented at the International Symposium on Interactional Psychology. Stockholm.
- REID, D.W. & WARE, E.E.** (1973). Multidimensionality of internal-external control: Implications for past and future research. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 5, 264-271.
- REID, D.W. & WARE, E.E.** (1974). Multidimensionality of internal-external control: Addition to a third dimension and non-distinction of self versus others. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 6, 131-142.
- RIST, F. & WATZL, H.** (1983). Self-assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 8, 121-127.
- ROBBINS, J.M. & KIRMAYER, L.J.** (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.

- ROBERTSON, I. (1986). Cognitive processes in addictive behavior change. En W.R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors. Processes of change*. New York: Plenum Press.
- RODIN, J. & SALOVEY, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1989). *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona: Salvat.
- ROHSENOW, D.J. & O'LEARY, M.R. (1978). Locus of control research on alcoholic populations: A review I. Development, scales, and treatment. *International Journal of the Addictions*, 13, 55-78.
- ROLLNICK, S. (1985). The value of a cognitive-behavioral approach in the treatment of problem drinkers. En N. Heather, I. Robertson & P. Davis (Eds.). *The misuse of alcohol: Crucial issues in dependence treatment and prevention*. New York: New York University Press.
- ROLLNICK, S. & HEATHER, N. (1982). The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence-oriented alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 243-250.
- RONIS, D.L., HANSEN, R.D. & O'LEARY, V.B. (1983). Understanding the meaning of achievement attributions: A test of derived locus and stability scores. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 702-711.
- ROOM, R. & LEIGH, B. (1992). Self-control concerns and drinking loss of control in general and clinical populations. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 590-593.
- ROSEMBAUM, M. & HADARI, D. (1985). Personal efficacy, external locus of control, and perceived contingency of parental reinforcement among depressed, paranoid, and normal subjects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 539-547.
- ROSEMBAUM, R.M. (1972). *A dimensional analysis of the perceived causes of success and failure*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of California. Citado por B. Weiner (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.
- ROSENBERG, H. (1983). Relapsed versus non-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events, and social support. *Addictive Behaviors*, 8, 183-186.
- ROSENMAN, R.H. (1978). The interviewed method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. En T.H. Dembroski et al. (Eds.). *Coronary-prone behavior*. New York: Springer-Verlag. Citado por J.R. Bermúdez & A.M. Pérez (1989). Análisis procesual de la personalidad. En J. Mayor & J.L. Pinillos (Eds.). *Personalidad*. Madrid: Alhambra.
- ROSENTHAL, T.L. (1978). Bandura's self-efficacy theory: Thought is father to the deed. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1, 203-209.
- ROSS, L. & ANDERSON, C.A. (1982). Shortcomings in the attribution process: On the origins and maintenance of erroneous social assessments. En D.

Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Eds.). *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.

- ROSS, S.M., MILLER, P.J., EMMERSON, R.Y. & TODT, E.H. (1989). Self-efficacy, standards, and abstinence violation: A comparison between newly sober and long-term sober alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 1, 221-229.
- ROTH, S. & COHEN, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- ROTTER, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- ROTTER, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- ROTTER, J.B. (1971). External control and internal control. *Psychology Today*, 5, 37-42.
- ROTTER, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- ROTTER, J.B. (1978). Generalized expectancies for problem solving and psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 1-10.
- ROTTER, J.B. (1982). *The development and application of social learning theory*. New York: Praeger Publishers.
- ROTTER, J.B. (1989). Internal versus external control of reinforcement. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- ROTTER, J.B., CHANCE, J.E & PHARES, E.J. (1972). *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt Rinehart & Winston.
- RUIZ, B., FRESNEDA, J. & SOPEÑA, V. (1988). Descripción de un programa de deshabitación al alcohol con un enfoque cognitivo-conductual. *Congreso de drogodependencias. Análisis multidisciplinar. Tomo IV: La investigación al servicio de la terapéutica y los modelos de tratamiento en drogodependencias. II Congreso Mundial Vasco*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- RUIZ, M.A. (1986). Expectativas de autoeficacia percibida. En J. Bermúdez Moreno (Ed.). *Psicología de la personalidad II*. Madrid: UNED.
- RUSSELL, D.W. (1982). The Causal Dimension Scale: A measure of how individuals perceive causes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1137-1145.
- RUSSELL, D.W. (1991). The measurement of attribution process: Trait and situational approaches. En S.L. Zelen (Ed.). *New models, new extensions of attribution theory: The third attribution-personality conference*. New York: Springer-Verlag.

- RUSSELL, D.W., McAULEY, E. & TARICO, V. (1987). Measuring causal attributions for success and failure: A comparison of methodologies for assessing causal dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 1248-1257.
- SALTZER, E.B. (1982). The relationship of personal efficacy beliefs to behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 21, 213-221.
- SAMSONOWITZ, V. & SJOBERG, L. (1981). Volitional problems of socially adjusted alcoholics. *Addictive Behaviors*, 6, 375-388.
- SÁNCHEZ-CRAIG, M. (1988). Procedures for assessing change after alcoholism treatment. *Drugs and Society*, 2, 53-67.
- SÁNCHEZ-CRAIG, M. (1990). Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: An approach based on client choice. *British Journal of Addiction*, 85, 169-177.
- SÁNCHEZ-CRAIG, M., ANNIS, H.M., BORNET, A.R. & MacDONALD, K.R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluating of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390-403.
- SÁNCHEZ-CRAIG, M. & WILKINSON, D.A. (1987). Treating problem drinkers who are not severely dependent on alcohol. *Drug and Society*, 1, 39-67.
- SÁNCHEZ-CRAIG, M., WILKINSON, D.A. & WALKER, K. (1987). Theory and methods for secondary prevention of alcohol problems: A cognitively based approach. En W.M. Cox (Ed.). *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual*. New York: Academic Press.
- SANDAHL, C., LINDBERG, S. & RONNBERG, S. (1990). Efficacy expectations among alcohol-dependent patients: A Swedish version of the Situational Confidence Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*, 25, 67-73.
- SANDLER, I.N. & LAKEY, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10, 65-80.
- SANDOZ, C.J. (1991). Locus of control, emotional maturity and family dynamics as components of recovery in recovering alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 17-31.
- SANTACREU, J., ZACCAGNINI, J.L. & MARQUEZ, M.O. (1992). *El problema de la "droga". Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- SAUNDERS, B. & ALLSOP, S. (1987). Relapse: A psychological perspective. *British Journal of Addiction*, 82, 417-430.
- SCHACHTER, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. *Advanced in Experimental Social Psychology*, 1, 49-80.

- SCHACHTER, S. & SINGER, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychology Review*, 69, 379-399.
- SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, J.K. & CARVER, C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- SCHLEGEL, R.P. & CRAWFORD, C.A. (1976). Multidimensionality of internal-external locus of control: Some additional data bearing on the validity of self-control as a third dimension. *Canadian Journal of Behavior Sciences*, 8, 375-387.
- SCHLEGEL, R.P. & CRAWFORD, C.A. (1978). Multidimensional locus of control and drug use among high school students. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10, 141-151.
- SCHMITZ, J.M. (1988). *The role of causal attributions during the early stage of smoking cessation*. Unpublished Doctoral Dissertation. Auburn University.
- SCHMITZ, J.M., ROSENFARB, I.S. & PAYNE, T.J. (1993). Cognitive and affective responses to successful coping during smoking cessation. *Journal of Substance Abuse*, 5, 61-72.
- SCHNEIDER, J.A., O'LEARY, A. & AGRAS, W.S. (1987). The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia: A preliminary examination. *Behavior Research and Therapy*, 25, 429-432.
- SCHUCKIT, M.A. (1986). Prediction of outcome in inpatient alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 151-155.
- SCHUNK, D.H. (1983). Ability versus effort attributional feedback: Differential effects on self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 75, 848-856.
- SCHUYLER, D. (1991). *A practical guide to cognitive therapy*. New York: Norton and Company.
- SCHWARTZ, R.M. (1982). Cognitive-behavior modification: A conceptual review. *Clinical Psychology Review*, 2, 267-293.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman and Company.
- SELZER, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test : The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- SELZER, M.L., VINOKUR, A. & van ROOIJEN, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- SHEEHAN, T.J. (1989). *Expectancies and intellectual functioning as predictors of relapse in male alcoholics*. Unpublished Doctoral Dissertation. The Fielding Institute.
- SHELTON, S.H., (1990). Developing the construct of general self-efficacy. *Psychological Reports*, 1, 987-994.

- SHIFFMAN, S. (1985). Coping with temptations to smoke. En S. Shiffman & T.A. Wills (Eds.). *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press.
- SHIFFMAN, S. (1987). Maintenance and relapse: Coping with temptation. En T.D. Nirenberg & S.A. Maisto (Eds.). *Developments in the assessment and treatment of addictive behaviors*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- SHIFFMAN, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. En M. Gossop (Ed.). *Relapse and addiction behavior*. London: Tavistock / Routledge.
- SITHARTHAN, T. & KAVANAGH, D.J. (1990). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 87-94.
- SIVLEY, R.B. & JOHNSON, D.T. (1965). Psychopathology and locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 26.
- SJOBER, L. & OLSSON, G. (1981). Volitional problems in carrying through a difficult decision: The case of drug addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 7, 177-191.
- SJOBERG, L., SAMSONOWITZ, V. & JANSSON, B. (1987). Alcoholics' beliefs about abuse: Causes, effects and treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 20, 63-80.
- SJOBERG, L., SAMSONOWITZ, V. & OLSSON, G. (1983). Volitional problems of skid row alcoholics. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5, 175-184.
- SKINNER, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- SKINNER, H.A. & HOLT, S. (1987). *The Alcohol Clinical Index: Strategies for identifying patients with alcohol problems*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- SKINNER H.A. & HORN, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS). User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- SLATER, M.D. (1989). Social influences and cognitive control as predictors of self-efficacy and eating behavior. *Cognitive Therapy Research*, 13, 231-245.
- SNYDER, M. (1976). Attribution and behavior: Social perception and social causation. En J.H. Harvey, W.J. Ickes & R.F. Kidd (Eds.). *New directions in attribution research, vol. 1*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associations.
- SOLOMON, K. & ANNIS, H.M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.
- SOLOMON, Z., AVITZUR, E. & MIKULINCER, M. (1989). Coping resources and social functioning following combat stress reaction: A longitudinal study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 87-96.
- SOLOMON, Z., HABERSHAIM, M. & MIKULINCER, M. (1990). Life events, coping strategies, social resources, and somatic complaints among

- combat stress reaction casualties. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 137-148.
- SOMERS, J.M. & MARLATT, G.A. (1992). Alcohol problems. En P.H. Wilson (Ed.). *Principles and practice of relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- SONNE, J. & JANOFF, D.S. (1982). Attributions and the maintenance of behavior change. En C. Antaki & C. Brewin (Eds.). *Attributions and psychological change*. London: Academic Press.
- SONSTROEM, R.J. & WALKER, M.I. (1973). Relationship of attitude and locus of control to exercise and physical fitness. *Perceptual and Motor Skills*, 36, 1031-1034.
- SPSS PC+ (1988). *SPSS/PC +, advanced statistics*. Chicago: SPSS.
- STAFFORD, R.A. (1980). Alcoholics' perception of the internal-external locus of their drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 300-309.
- STAFFORD, R.A. (1982). Locus of drinking problems as perceived by alcoholics and treatment personnel. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 593-598.
- STEPHENS, R.S. & MARLATT, G.A. (1987). Creatures of habit: Loss of control over addictive and nonaddictive behaviors. En S.W. Sadava (Ed.). *Drug and psychological theory*. New York: The Haworth Press.
- STORMS, M.D. & NISBETT, R.E. (1970). Insomnia and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 319-328.
- STRASSBERG, D.S. (1973). Relationships among locus of control, anxiety and valued goal expectations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 319.
- STRECHER, V.J., De VELLIS, B.M., BECKER, M.H. & ROSENSTOCK, I.M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73-92.
- STRICKLAND, B.R. (1978). Internal-External expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1192-1211.
- STRICKLAND, B.R. (1989). Internal-external control expectancies: From contingency to creativity. *American Psychologist*, 44, 1-12.
- SULS, J. & FLETCHER, B., (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- SUTKER, P.B. & ALLAIN, .A.N. (1988). Issues in personality conceptualizations of addictive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 172-182.
- SUTTON-SIMON, K. (1981). Assessing belief systems: concepts and strategies. En P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.). *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.

- TAYLOR, C., BRWON, D., DUCKITT, A., EDWARDS, G., OPPENHEIMER, E. & SHEEHAN, M. (1986). Alcoholism and the patterning of outcome: A multivariate analysis. *British Journal of Addiction*, 81, 815-823.
- TAYLOR, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- TAYLOR, S.E. & BROWN, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 192-210.
- TEICHMAN, M. (1986). A relapse inoculation training for recovering alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3, 133-139.
- THOMPSON, S.C. (1991). Intervening to enhance perceptions of control. En C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.). *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective*. New York: Pergamon Press.
- TIFFANY, D.W. (1967). Mental health: A function of experienced control. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 311-315.
- TIFFANY, D.W., SHONTZ, F.C. & WOLL, S.B. (1969). A model of control. *Journal of General Psychology*, 81, 67-82.
- TOBIN, D.L., HOLROYD, K.A., REYNOLDS, R.V. & WIGAL, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- TOLMAN, E.C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. New York: Century. Citado por A. Bandura (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- TRUJOLS, J., TEJERO, A. & ABELLANAS, L. (1993). Aspectos psicológicos de la desintoxicación e intervenciones terapéuticas mínimas. En J. Cadafalch & M. Casas (Eds.). *El paciente heroínómano en el Hospital General*. Barcelona: Citrán.
- TUCKER, J.A., VUCHINICH, R.E. & GLADSDJO, J.A. (1991). Environmental influences on relapse in substance use disorders. *International Journal of the Addictions*, 25, 1017-1050.
- TUCKER, J. A. VUCHINICH, R. E. & HARRIS, C.V. (1985). Determinants of substance abuse relapse. En M. Galizio & S.A. Maisto (Eds.). *Determinants of substance abuse. Biological, psychological, and environmental factors*. New York: Plenum Press.
- TUCHFELD, B.S. (1981). Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 626-641.
- TURNQUIST, D., HARVEY, J.R. & ANDERSEN, B. (1988). Attributions and adjustment to life-threatening illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 55-65.

- TWENTYMAN, C.T., GREENWALD, D.P., GREENWALD, M.A., KLOSS, J.D., KOVALESKI, M.E. & SIBUNG-HOFFMAN, P. (1982). An assessment of social skill deficits in alcoholics. *Behavioral Assessment*, 4, 317-326.
- VAILLANT, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown..
- VAILLANT, G.E. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge: Harvard University Press. Citado por R.S Lazarus & S. Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- VALBUENA, A. (1986). *Las toxicomanías. Problemas médicos y psiquiátricos*. Barcelona: Salvat.
- VALLERAND, R. J., & RICHER, F. (1988). On the use of the Causal Dimensional Scale in a field setting: A test with confirmatory factor analysis in success and failure situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 704-712.
- van WORMER, K. (1988). All-or-nothing thinking and alcoholism: A cognitive approach. *Federal Probation*, 52, 28-33.
- VASIL, L. (1992). Self-efficacy expectations and causal attributions for achievement among male and female university faculty. Special issue: Career decision making and career indecision. *Journal of Vocational Behavior*, 41, 259-169.
- VELICER, W.F., DICLEMENTE, C.C., ROSSI, J.S. & PROCHASKA, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.
- VINGERHOETS, A. (1985). The psychology of coping. En A. Vingerhoets (1985). *Psychosocial stress: An experimental approach life sevents, coping and psychobiological functioning*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- VUCHINICH, R.E., BORDINI, E., TUCKER, J.A. & SULLWOLD, A.F. (1982). A comparison of alcoholics' and nonalcoholics' causal attributions for drinking behavior. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9, 95-104.
- VUCHINICH, R.E., TUCKER, J.A., BORDINI, E. & SULLWORD, A.F. (1981). Attributions of causality for drinking behavior made by alcoholics and by normal drinkers. *Drug and Alcohol Dependence*, 8, 201-206.
- WAISBERG, J.L. (1990). Patient characteristics and outcome of inpatient treatment for alcoholism. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 8, 9-32.
- WALKER, R.D., NAST, E.C., CHANEY, E.F. & O'LEARY, M.R. (1980). Drinking-related locus of control as a predictor of attrition in an alcoholism treatment program. *Psychological Reports*, 47, 871-877.
- WALKER, R.D., VAN RYN, F., FREDERICK, B., REYNOLDS, D. & O'LEARY, M.R. (1979). Changes in drinking-related locus of control as a function of length of alcoholism treatment. *Psychological Reports*, 44, 287-293.
- WALLACE, J. (1989). A biopsychosocial model of alcoholism. Special Issue: Treating the alcoholic: A social work challenge. *Social Casework*, 70, 325-332.

- WALLACE, J. (1990). *El alcoholismo como enfermedad*. México: Trillas.
- WALLSTON, B.S. & WALLSTON, K.A. (1978). Locus of control and health: A review of literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.
- WALLSTON, K.A., MAIDES, S. & WALLSTON, B.S. (1976). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10, 215-222.
- WALLSTON, K.A., WALLSTON, B.S. & DeVELLIS, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- WARD, D.A. (1980). Conceptions of alcoholism. En D.A. Ward (Ed.). *Alcoholism. Introduction to theory and treatment*. Dubuque: Kendall/Hunt Publishing Company.
- WEIGEL, C., WETLEIB, D. & FELDSTEIN, M. (1989). Perceptions of control, competence and contingency as influences on the stress-behavior symptom relation in school-age children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 456-464.
- WEINER, B. (1972). *Theories of motivation. From mechanism to cognition*. Chicago: Markham Publishing Company.
- WEINER, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown: General Learning press.
- WEINER, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.
- WEINER, B. (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. *Journal of Educational Psychology*, 75, 530-543.
- WEINER, B. (1985a). Attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- WEINER, B. (1985b). *Human Motivation*. New York: Springer-Verlag.
- WEINER, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- WEINER, B. (1988). Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 99-104.
- WEINER, B., FRIEZE, I., KUKLA, A., REED, L., REST, S. & ROSEMBAUM, R.M. (1971). Perceiving the causes of success and failure. En E.E. Jones, D.E. Kanouse, H.H. Kelley, R.E. Nisbett, S. Valins & B. Weiner (Eds.). *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. New Jersey: General Learning Press.
- WEINER, B., GRAHAM, S. & CHANDLER, C. (1982). Pity, anger and guilt: An attributional analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 226-232.

- WEINER, B., NIERENBERG, R. & GOLDSTEIN, M. (1976). Social learning (locus of control) versus attributional (causal stability) interpretations of expectancy of success. *Journal of Personality*, 44, 52-68.
- WEINER, B., RUSSELL, D. & LERMAN, D. (1978). Affective consequences of causal ascriptions. En J.H. Harvey, W.J. Ickes & R.F. Kidd (Eds.). *New directions in attribution research, vol.2*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associations.
- WEISZ, J.R. & STIPEK, D.J. (1982). Competence, contingency and the development of perceived control. *Human development*, 25, 250-281.
- WELLS, E.A., CATALANO, R.F., PLOTNICK, R. & HAWKINS, J.D. (1989). General versus drug-specific coping skills and posttreatment drug use among adults. *Psychology of addictive Behaviors*, 3, 8-21.
- WESSON, D. R., HAVASSY, B.E. & SMITH, D.E. (1986). Theories of relapse and recovery and their implications for drug abuse treatment. En F.M. Tims & C.G. Leukefeld (Eds.). *Relapse and recovery in drug abuse (Research Monograph No. 72)*. Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- WEST, R. (1989). Psychological basis of addiction. *International Review of Psychiatry*, 1, 71-80.
- WHITE, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- WILSON, G.T. (1978). Booze, beliefs, and behavior: Cognitive processes in alcohol use and abuse. En P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (Eds.). *Alcoholism. New directions in behavioral research and treatment*. New York: Plenum Press.
- WILSON, G.T. (1987a). Cognitive processes in addiction. *British Journal of Addiction*, 82, 343-353.
- WILSON, G.T. (1987b). Cognitive studies in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 325-331.
- WILSON, G.T. (1988). Alcohol use and abuse: A social learning analysis. En C.D. Chandron & D.A. Wilkinson (Eds.). *Theories on alcoholism*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- WILSON, P.H. (1992a). Directions for future research in relapse prevention. En P.H. Wilson (Ed.). *Principles and practice of relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- WILSON, P.H. (1992b). Relapse prevention: Conceptual and methodological issues. En P.H. Wilson (Ed.). *Principles and practice of relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- WILLIAMS, A.F. (1972). Factors associated with preventive dental health practices. *Journal of Safety Research*, 4, 133-138.

- WILLS, T.A. & SHIFFMAN, S. (1985). Coping and substance abuse: a conceptual framework. En S. Shiffman & T.A. Wills (Eds.). *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press.
- WONG, P.T. (1991). Existential versus causal attributions: The social perceiver as philosopher. En S.L. Zelen (Ed.). *New models, new extensions of attribution theory: The third attribution-personality conference*. New York: Springer Verlag.
- WONG, P.T. (en prensa). Effective management of life stress: The resource-congruence model. *Stress in Medicine*.
- WONG, P.T. & REKER, G.T. (1985). *Effective coping and health: A matching model*. A work given at the Canadian Gerontological Meeting. Vancouver.
- WONG, P.T., REKER, G.T. & PEACOCK, E.J. (1987). *The Revised Coping Inventory*. Unpublished manuscript. Trent University.
- WONG, P.T. & SPROULE, C.F. (1984). An attributional analysis of the locus of control construct and the Trent Attribution Profile. En H.M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control construct, vol.3*. New York: Academic Press.
- WONG, P.T., WATTERS.D.A. & SPROULE, C.F. (1978). Initial validity and reliability of the Trent Attribution Profile (TAP) as a measure of attribution schema and locus of control. *Educational and Psychological Measurement*, 38, 1129-1134.
- WONG, P.T. & WEINER, B. (1981). When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 650-663.
- WOODY, G.E. & CACCIOLA, J. (1992). Diagnosis and classification: DSM-III-R and ICD-10. En J.H. Jowinson, P. Ruiz & R.B. Milkman (Eds.). *Substance Abuse. A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- WORRELL, L. & TUMILTY, T.N. (1981). The measurement of locus of control among alcoholics. En H.M. Lefcourt (Ed.). *Research with the locus of control, vol.1*. New York: Academic Press.
- WORTMAN, C.B. (1976). Causal attributions and personal control. En J.H. Harvey, W.J. Ickes & R.F. Kidd (Eds.). *New directions in attribution research, vol.1*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associations.
- WRIGHT, M.H. (1984). Alcoholics' and nonalcoholics' attributions of control of future life events. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 138-143.
- ZIMMERMAN, B.J., BANDURA, A. & MARTINEZ-PONS, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663-676.
- ZUMALABE, J.M. (1990). La psicología de la personalidad y las teorías cognitivas y del procesamiento de la información. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 225-232.

ZUROFF, D.C. (1980). Learned helplessness in humans: An analysis of learning processes and the roles of individual and situational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 130-146.