

# Análisis psicológico conductual de las estrategias de autocontrol implicadas en el consumo de alcohol

CANO CERVANTES, G.J.<sup>1</sup>; CÁNDIDO ORTIZ, A.<sup>2</sup>

(1) Psicólogo y Coordinador del Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares.

(2) Profesor de Psicología. Dpto. Psicología Experimental y Fisiología del Comportamiento. Universidad de Granada.

Enviar correspondencia:

Ginés J. Cano Cervantes. Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares; Avda. María Auxiliadora, nº 1 bajo. 23700 - Linares (Jaén).

Tel/Fax: 953 65 61 46. E-mail: ccdlinares@promojaen.es

## RESUMEN

El principal objetivo de este artículo es el análisis psicológico, desde una perspectiva conductual, de las diferentes estrategias de autocontrol implicadas en los distintos abordajes terapéuticos (abstinencia total, bebida controlada y reducción de daños y riesgos) en el abuso y dependencia del alcohol. Este análisis teórico y de reflexión clínica se realiza atendiendo a recientes investigaciones sobre el Aprendizaje animal y humano, aplicado a la práctica clínica de la adicción al alcohol. Sugerimos la necesidad de una mayor flexibilidad respecto a la inclusión de las diferentes alternativas en el tratamiento, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos del propio paciente. Por otra parte, asumimos que la bebida controlada y las intervenciones en reducción de daños y riesgos parten de los mismos principios, en cuanto a la modificación de los parámetros de respuesta de consumo y conductas asociadas, aunque tengan diferente finalidad: el consumo moderado y controlado en un caso y la reducción de daños y riesgos en otro.

**Palabras clave:** *Aprendizaje asociativo, alcohol, autocontrol, bebida controlada y moderada, reducción de daños y riesgos, toma de decisiones.*

## ABSTRACT

The main objective of this article is the psychological analysis, from a behavioural perspective, of the different self-control strategies involved in the various therapeutical approaches (total abstinence, controlled drinking and damage and risk reduction) in alcohol abuse and dependence. This theoretical and clinical reflection analysis is carried out taking into account recent research into animal and human learning applied to the clinical practice of alcoholism. We suggest the need for greater flexibility with regard to the inclusion of the different alternatives in the treatment, taking into consideration the therapeutical goals of the patient himself/herself. In addition, we assume that controlled drinking and interventions in damage and risk reduction are based on the same principles with regard to the modification of the consumption response parameters and associated behaviours, although they have a different purpose - moderate and controlled consumption in one case, and damage and risk reduction in the other.

**Key words:** *Associative learning, alcohol, self-control, controlled and moderate drinking, damage and risk reduction, decision making.*

**S**on bien conocidos los altos índices de consumo de alcohol en nuestro país (EDIS, 2001; Plan Nacional sobre Drogas, 2001), debido a la alta disponibilidad de esta sustancia y favorecidos por su amplia aceptación social, cultural e incluso religiosa. Igualmente son conocidos los graves daños y riesgos (de salud, familiares, judiciales, laborales...) que consumos excesivos de alcohol pueden provocar. En este sentido hay que indicar que en determinados tipos de trastornos, tanto físicos como psíquicos, cualquier ingesta de alcohol se considera de riesgo.

Los efectos del alcohol en el organismo son diferentes e incluso opuestos dependiendo de la dosis, y

por lo tanto diferentes sus efectos en el comportamiento exhibido y las contingencias medioambientales que se producen, tanto en episodios puntuales como en patrones de consumo establecidos a lo largo de meses y años. Por ejemplo, pequeñas cantidades de alcohol durante las comidas no son perjudiciales para la ingestión de alimentos –existen investigaciones que afirman que tienen efectos cardiosaludables (Klatsky, 1999)– y sin embargo, grandes cantidades reducen el apetito y tienen efectos perjudiciales sobre el organismo. Por otro lado, dosis moderadas de alcohol producen cierta desinhibición conductual, mientras que dosis elevadas provocan sedación o por el contrario comportamientos agresivos. En resumen, peque-

ñas dosis de alcohol no son perjudiciales a corto plazo –aunque como cualquier conducta con consecuencias placenteras, se vea *reforzada* y aumente su probabilidad futura de emisión–, mientras que dosis elevadas, aunque inmediatamente puedan ser altamente recompensantes para el consumidor, son perjudiciales tanto a corto como a largo plazo.

Respecto a las conductas de búsqueda de la sustancia, las cadenas de conductas tan *automatizadas* –determinadas en gran medida por los *programas de reforzamiento*– que se producen en el consumo de heroína (ver Cano y Cándido, 2002), no suceden en el caso del consumo de alcohol, debido a la fácil accesibilidad y precio de la sustancia, así como a la necesidad de un consumo excesivo y prolongado en el tiempo para que aparezca sintomatología de abstinencia física, siendo en este caso más importantes los aspectos *autorregulatorios* y de *distribución* del comportamiento.

Debido a estos factores, entre otros, si en el caso de la heroína la finalidad de los tratamientos están meridianamente establecidas, o se plantea la abstinencia o se plantea un abordaje de reducción de daños, en el caso del alcohol se puede plantear un tercer tipo de abordaje: el consumo moderado y controlado como finalidad última del tratamiento.

A lo largo de este artículo, analizaremos las estrategias de autocontrol implicadas en los distintos abordajes (abstinencia total, bebida controlada y reducción de daños) de los problemas derivados del consumo de alcohol. Para ello, en primer lugar, procederemos a la descripción conductual de algunos términos que consideramos clave en el comportamiento de consumo excesivo de alcohol (pérdida de control, intoxicación y hábito) y en segundo lugar, realizaremos un análisis teórico de estas estrategias de autocontrol, siguiendo muy de cerca los principios de la Psicología del Aprendizaje Asociativo (p.e., ver Cándido, 2000; Maldonado, 1998) y de las aplicaciones del Autocontrol (p.e., ver Becoña, 1998; Olivares et al, 1999).

Algunos de los datos aportados en este análisis teórico y clínico proceden de los informes verbales de pacientes con diagnóstico de Abuso o Dependencia de Alcohol, en una primera entrevista estructurada de valoración psicológica que se realiza normalmente una vez finalizada la desintoxicación ambulatoria u hospitalaria. Algunas de las preguntas que se incluyen en esta entrevista estructurada son: ¿Qué efectos o consecuencias positivas tiene para usted el consumo de alcohol? ¿Qué efectos y consecuencias negativas? ¿Cuándo comenzó a beber de forma problemática? ¿Te planteas dejar de beber alcohol “de por vida” o piensas que próximamente o a largo plazo podrás beber sin que te cree problemas? ¿Qué te planteas conseguir con dejar de beber o con beber menos?

Otros datos aportados los hemos obtenido introduciendo algunas preguntas abiertas y cerradas en entrevistas semiestructuradas de deshabitación psicológica –de forma no sistemática y como parte integrante de la terapia de autocontrol– en pacientes con igual diagnóstico. Por ejemplo: ¿Cuándo consideras que pierdes el control sobre el consumo de alcohol? ¿Cuántas copas has bebido hasta ese momento? ¿Qué piensas que te ocurre para no poder moderar o detener el consumo? Cuando te levantas por la mañana ¿Qué valor tiene para ti (p.e., valor entre 0 y 10) tomarte unas copas en el bar a mediodía o por la noche? Y cuando te encuentras en el bar justo antes de beber esa copa ¿Qué valor tiene entre 0 y 10? ¿Qué valor tiene esa copa si estas en compañía de una amistad con la que sueles beber y pasarlo bien?

## DESCRIPCIÓN CONDUCTUAL DE ALGUNOS TÉRMINOS USUALES EN EL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

1. *Pérdida de control*. Es evidente que, al igual que en otras adicciones, con el consumo repetido, la progresiva pérdida de control es influenciada por factores fisiológicos y sociales. Sin embargo, aunque muy importantes, no son el centro de nuestro interés en este artículo.

Desde la perspectiva conductual que vamos a exponer en este artículo, la adicción al alcohol puede ser entendida como un proceso de Aprendizaje y de alteración del comportamiento, en el que el individuo va paulatinamente perdiendo el control sobre el mismo, más concretamente respecto a los parámetros de respuesta de consumo de alcohol y de las conductas asociadas, en el cual las recompensas o evitación de castigos inmediatos, adquieren progresivamente más valor para el individuo que las probables consecuencias aversivas o el alcance de otras recompensas de mayor magnitud, pero demoradas en el tiempo.

El concepto de *pérdida de control* es central en el estudio del abuso y dependencia del alcohol y no está exento de polémica a la hora de definirlo. Este concepto hace referencia tanto a la incapacidad de un individuo de moderar o detener el consumo de alcohol una vez iniciado el mismo, como a la incapacidad de un individuo de mantenerse abstemio en situaciones de *alto riesgo* (Kahler Ch. et al., 1995; Rubio et al, 1999). Una situación de “alto riesgo” puede definirse como aquella donde estímulos condicionados internos (pensamientos, imágenes, sensaciones, sentimientos) y/o externos (lugares, personas, actividades, horas del día) provocan deseo de consumo de alcohol y sintomatología psicofisiológica asociada: “craving”.

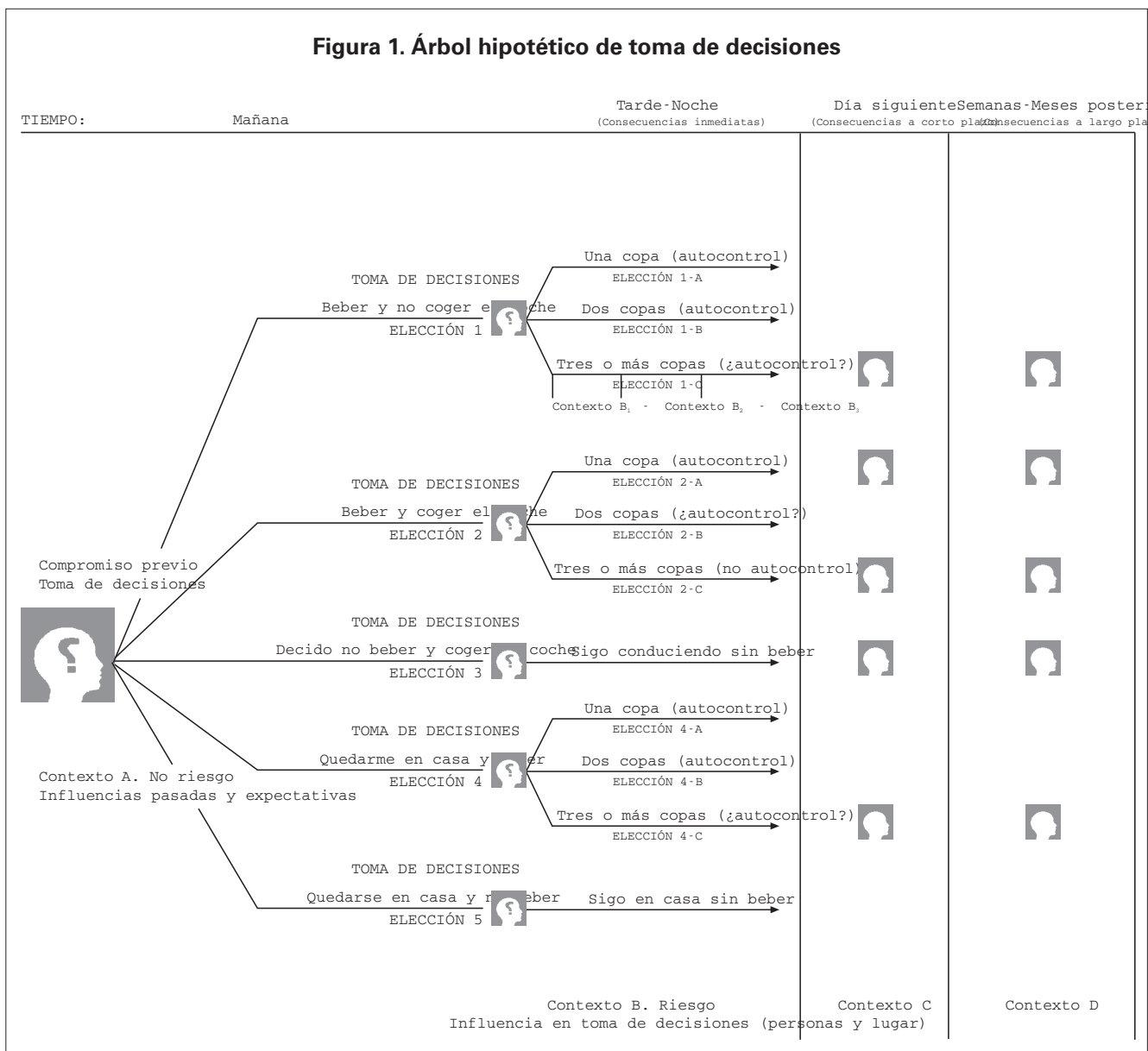
En términos estrictamente conductuales, el autocontrol se puede considerar a *la capacidad de los individuos de emitir o modificar ciertos comportamientos tendentes a la consecución de recompensas y evitación de castigos demorados en el tiempo, anteponiéndolos a la consecución de recompensas y evitación de castigos inmediatos* (Cano y Cándido, 2002). Un comportamiento *impulsivo o compulsivo*, por el contrario, estaría dirigido a la consecución de recompensas inmediatas, aunque de una magnitud menor a la recompensa demorada en el tiempo. Así definidos, pérdida de control sería equivalente a actuar de forma impulsiva o compulsiva.

Desde esta perspectiva psicológica se pueden englobar la diferenciación entre pérdida de control mientras se está consumiendo e incapacidad para mantener la abstinencia, ya que ambas harían referencia a la falta o disminución de los niveles de autocontrol, en cuanto a elegir en un momento dado una

conducta que consigue recompensas inmediatas (degustar alcohol, relajación, euforia...) y evita o escapa de estados aversivos también inmediatos (síndrome de abstinencia de alcohol, ansiedad u otros estados emocionales negativos), frente a la evitación de consecuencias aversivas demoradas en el tiempo, como son los diversos problemas de salud, familiares, laborales..., asociados a un consumo excesivo de alcohol, y el bienestar físico y mental que reporta la abstinencia o el consumo moderado

Por otra parte, el comportamiento autocontrolado no sólo consiste en conductas concretas en momentos concretos, sino que tenemos que analizarlo como un patrón de conductas que se desarrolla a lo largo del tiempo (Rachlin, 1995). Este patrón de comportamientos está directamente relacionado con la toma de decisiones previa asumida por el sujeto. (Ver figuras 1 y 2)

**Figura 1. Árbol hipotético de toma de decisiones**



La figura 1 muestra como, hipotéticamente por la mañana y en un contexto-situación de no riesgo inmediato de consumo (contexto A), un sujeto se plantea las diferentes elecciones posibles a llevar a cabo en lo que resta del día (elecciones 1, 2, 3, 4, y 5). La decisión de no beber o beber de forma moderada esa tarde-noche, e incluso de beber de forma abusiva y asumiendo los riesgos o siendo inconsciente de ellos, ha podido ser tomada en días o semanas anteriores.

La separación temporal a lo largo del día entre el contexto A (no riesgo) por la mañana y el contexto B (de riesgo) por la tarde-noche en la figura 1, es solo una hipótesis de trabajo. Evidentemente, para un gran número de alcohólicos un momento de máximo riesgo de comenzar a beber alcohol de forma excesiva, es por la mañana nada más levantarse, restringiéndose en este caso las posibles elecciones a aquellas que impliquen consumir alcohol (elecciones 1, 2 y 4) y abriendo otra posibilidad de elección: acudir al médico e iniciar tratamiento de desintoxicación. Para muchos jóvenes que abusan del alcohol los fines de semana, el contexto A (no riesgo) abarcaría de lunes a viernes por la mañana y el contexto B (de riesgo) abarcaría distintos momentos y situaciones desde el viernes o sábado por la tarde hasta el domingo.

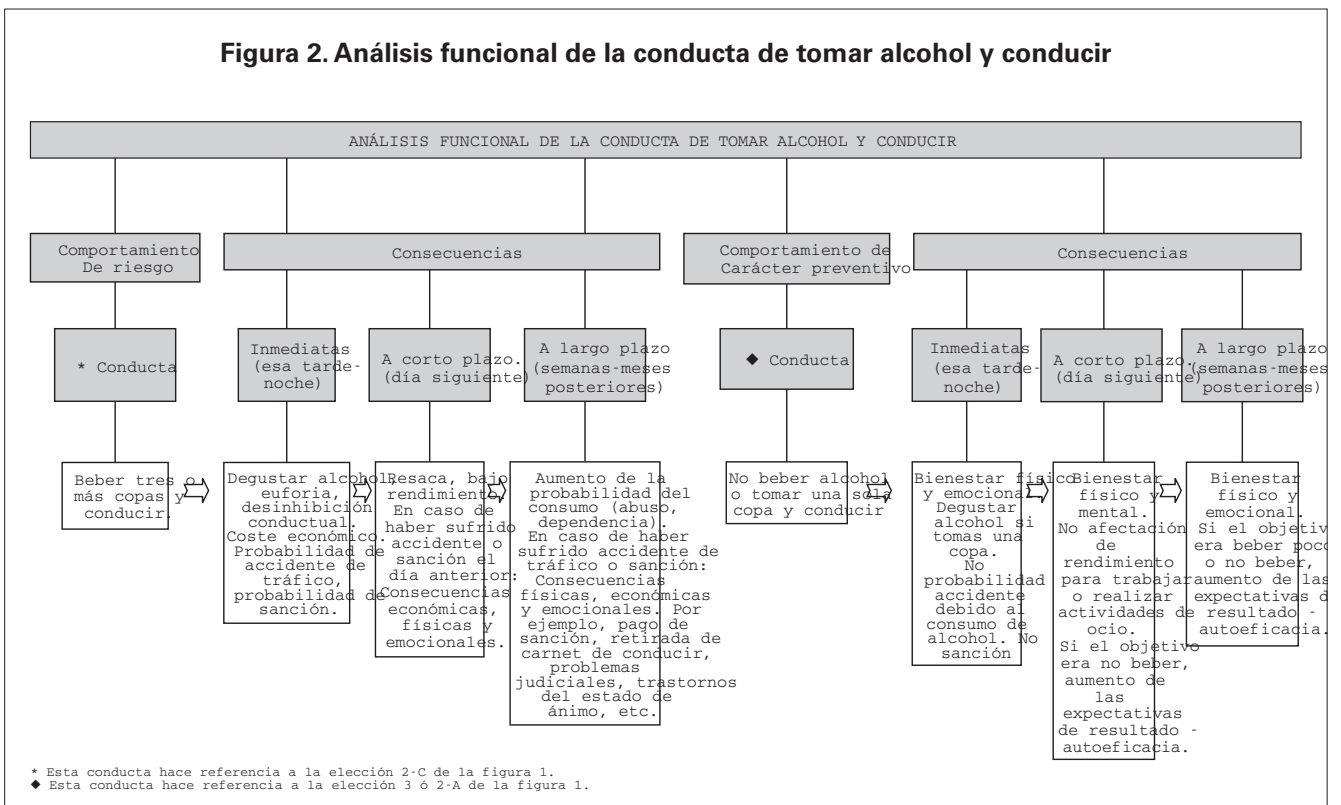
La figura 2 (modelo adaptado y modificado de Olivares et al., 1999. pg. 398) muestra las consecuencias inmediatas, a corto y a largo plazo que tienen las elecciones 2-A, 2-C, y 3 de la figura 1. Podemos coger cualquiera de las restantes elecciones de la figura 1 y hacer el correspondiente análisis de las consecuen-

cias inmediatas, a corto y a largo plazo en la figura 2. Analizamos conductas de consumo y de no consumo, ya que como afirman Domjam y Burkhard (1990, pág. 219) en relación con las implicaciones de la Ley de Igualación en la Terapia de Conducta: "el análisis de una conducta problemática tiene que incluir no sólo la consideración de la recompensa disponible para esa conducta concreta, sino también de las recompensas que los sujetos pueden obtener de otras formas".

La pérdida de control en el consumo de alcohol puede ir aumentando, si el sujeto no establece determinadas estrategias de autocontrol que limiten el progreso hacia patrones de abuso y dependencia. Tanto en episodios concretos directamente relacionados con la intoxicación (consumos excesivos y puntuales, frecuentemente asociado al diagnóstico de abuso) como a lo largo del tiempo (consumo diario y excesivo, frecuentemente asociado al diagnóstico de dependencia).

La pérdida de control se puede evaluar bien durante un único episodio concreto de consumo de alcohol, bien durante patrones de consumo extendidos en el tiempo. En los episodios concretos, la cantidad ingerida suele ser elevada en un corto periodo de tiempo, en los que se buscan los efectos euforizantes y desinhibidores lo más rápido posible. Quizás, el mejor ejemplo de ello lo ofrecen los jóvenes durante los fines de semana, el llamado "fenómeno del botellón" y la "movida", en los que los riesgos de accidentes, intoxicaciones graves teniendo que acudir a los servicios de urgencias, episodios de agresividad y consu-

**Figura 2. Análisis funcional de la conducta de tomar alcohol y conducir**



mo de otras sustancias se multiplican, llegando a perder en ocasiones no sólo el control sino también la conciencia sobre lo ocurrido durante el episodio. Si analizamos detenidamente las formas de consumo durante estos episodios podemos observar que los jóvenes:

- Suelen beber en envases colectivos, desconociendo en muchas ocasiones la cantidad de alcohol que están ingiriendo.
- Mezclan diferentes tipos de bebidas, a menudo de alta graduación alcohólica.
- Lo realizan en grandes grupos de amigos, donde los factores de imitación, incitación y refuerzo social son muy importantes. Algunos jóvenes que acuden a consulta, comentan que en ocasiones la ingesta de alcohol la utilizan como forma de competir entre ellos.
- Beben gran cantidad de alcohol en un corto periodo de tiempo. El episodio de consumo se realiza frecuentemente de forma compulsiva, con la única finalidad de perder relativamente el control sobre su comportamiento, debido a las expectativas que supone para el sujeto alcanzar un estado que le permita más fácilmente la relación social, lo que lleva aparejadas recompensas inmediatas de diverso tipo (desinhibición, aumento de la comunicación interpersonal, a menudo con la finalidad de "ligar", integración en el grupo de amigos, etc).

En el caso de patrones de consumo extendidos en el tiempo, cuando a lo largo de meses y años se produce una redistribución en la elección de las actividades, de forma que aumentan aquellas que están directamente relacionadas con la ingesta de alcohol (p.e., tiempo de ocio en bares) y se incorporan otras en las que anteriormente no se consumía alcohol (p.e., durante el trabajo), a la vez que se abandonan aquellas que difícilmente son compatibles con el consumo excesivo (deportes, lectura...); es también significativa la progresiva pérdida de autocontrol sobre el comportamiento, al elegir contextos (bares, trabajo, etc.) y emitir respuestas –ingesta de alcohol– con consecuencias agradables inmediatas, pero con muy probables consecuencias negativas a largo plazo (de salud, familiares, laborales...).

Si comienzan a producirse síntomas de abstinencia, la conducta de ingesta de alcohol se convierte en una conducta de escape y/o evitación de dichos síntomas, adquiriendo gran valor las consecuencias inmediatas de la ingestión de alcohol frente a las consecuencias negativas demoradas en el tiempo. Estas respuestas de evitación necesitan emitirse regularmente cuando se ha establecido un patrón de consumo dependiente, para ser exitosas en conseguir ausencia de malestar físico, a no ser que el paciente esté dispuesto a sufrir sintomatología de abstinencia y

a tomar la medicación correspondiente. En el caso de que el alcohol reduzca o elimine temporalmente estados emocionales o afectivos negativos, su consumo por esta causa también debe considerarse psicológicamente como una genuina conducta de evitación.

*2. Intoxicación.* Directamente relacionado con los parámetros de respuesta de consumo (intensidad, frecuencia y duración) y asociado a un contexto –episodio de consumo–, nos encontramos con la aparición o no de la intoxicación inducida por esta sustancia. En general, y teniendo en cuenta factores como la edad, sexo e ingestión de alimentos, a mayor cantidad de alcohol ingerido en menor tiempo, mayor probabilidad de que se produzca la intoxicación. Además de la cantidad ingerida es fundamental analizar el comportamiento exhibido por el sujeto en contextos concretos para poder evaluarlos como desadaptativos (o clínicamente desadaptativos). Por ejemplo, tomar dos o tres copas un sábado por la tarde, se considera aceptable e incluso adaptativo si se toman en compañía, mientras que si se conduce tras tomar esas dos o tres copas, se puede considerar como un episodio de abuso –y de pérdida de control– (ver figura 2). Incluso mayores cantidades en fiestas o celebraciones concretas, acompañadas de cierta euforia, verborrea y desinhibición conductual se considera socialmente aceptable, mientras no se trabaje al día siguiente o se produzcan muestras de agresividad u otros efectos emocionales negativos.

Si realizamos un análisis molecular de un episodio de consumo de alcohol, podemos deducir que al tomar la primera copa se produce o se acompaña de una serie de consecuencias según el contexto y las expectativas previas, diferentes a las que se obtienen en la 2ª, 3ª,... La primera copa (contexto B<sub>1</sub> de la figura 1) puede ser gratificante por el sabor, y si previamente ha sido asociada (adjuntada o acompañada) en numerosas ocasiones con la ingestión de alimentos y la compañía de familiares o amistades, estos adquieren propiedades condicionadas y discriminativas. Para alguien que presente un patrón de dependencia física, esta primera copa (del día) tendrá efectos de reforzamiento negativo (alivio por evitación o escape del síndrome de abstinencia). La segunda copa (contexto B<sub>2</sub>) seguirá siendo gratificante por el sabor, y dependiendo del nivel de tolerancia, continuará aliviando el síndrome de abstinencia o comenzaran a aparecer ligeros efectos de euforia y desinhibición conductual. Con la tercera copa (contexto B<sub>3</sub>), si se toma en un corto periodo de tiempo y en determinados contextos, como por ejemplo mientras se trabaja o mientras se conduce, pueden ser significativos los signos y síntomas de la intoxicación.

*3. Hábito.* La distribución a lo largo del tiempo de sucesivos episodios de consumo conforman lo que comúnmente se denomina patrón de consumo, que es variable e idiosincrásico de cada individuo. Desde el



punto de vista de la Psicología del Aprendizaje Asociativo, al desarrollarse los patrones de consumo a lo largo de meses y de años, los sucesivos episodios o respuestas de consumo van adquiriendo *fuerza asociativa positiva* a determinados estímulos-contextos y consecuencias, debido a las consecuencias agradables que producen (p.e., desinhibición, euforia, reducción de ansiedad, etc...) y fuerza asociativa negativa o inhibitoria, debido a las consecuencias negativas que producen (resaca, problemas de salud, alteraciones en la comunicación familiar...). Al demorarse en el tiempo las consecuencias negativas mientras que las positivas suelen ser relativamente inmediatas, la relación –asociación– entre consumo de alcohol y esas situaciones –contextos– adquirirán fuerza asociativa positiva en mayor medida que negativa, aumentando la probabilidad de que se produzca ingesta alcohólica en tanto mas frecuentemente se repitan dichas situaciones.

En este punto es esencial diferenciar qué efectos son los que se buscan en cada episodio, en función de la experiencia previa directa (Condicionamiento Clásico y Operante) e indirecta (Aprendizaje Observacional y Reglas Verbales).

En función de experiencias previas directas y a través de las expectativas, se busca de nuevo el sabor de una bebida alcohólica (y no otro tipo de efectos) durante una comida, mientras que en otras ocasiones se puede buscar además del sabor ciertos efectos euforizantes y desinhibidores. Para conseguir estos últimos efectos se incrementa la ingestión de alcohol, en relación con anteriores episodios donde sólo se buscaba el sabor, y en comparación con anteriores episodios donde se buscaban ciertos efectos euforizantes y de desinhibición conductual.

Sin necesidad de experiencias previas directas, se aprende a través de la observación de los efectos sobre otras personas –Modelamiento– de determinados tipos de bebida y formas de consumo, así como de la información e indicaciones verbales de las mismas.

Si como ya hemos hecho referencia anteriormente, los episodios y patrones de consumo van ocupando cada vez más tiempo y actividades diarias del individuo, desde el tiempo de ocio hasta el trabajo, a la vez que aumenta progresivamente la cantidad de alcohol ingerido, las posibilidades de que aparezcan problemas se multiplican, llega un momento en el que el individuo, su entorno (normalmente familiares) o los servicios sanitarios detectan ciertos problemas derivados de la ingesta de alcohol, lo que da lugar a la demanda de tratamiento del propio paciente, de los familiares, o tras la indicación de los servicios sanita-

rios y sociales. Igualmente, la demanda se produce en ocasiones tras uno o varios episodios puntuales de consumo excesivo, en los que se han producido graves consecuencias.

Dos son los principales abordajes psicoterapéuticos respecto al problema del consumo excesivo de alcohol: aquellos que promueven la abstinencia y aquellos que promueven la bebida controlada.

Entre aquellos que promueven la bebida controlada, podemos dividirlos a su vez en dos: los que plantean como finalidad del tratamiento la consecución de un consumo moderado y controlado por parte del usuario de alcohol, y por otra parte, los que plantean la reducción de los daños y riesgos sufridos por el sujeto y su entorno como objetivo prioritario.

## ABSTINENCIA

El primer grupo de Abstinencia hace referencia al abordaje tradicional del alcoholismo como enfermedad, cuyo objetivo es el mantenimiento de la abstinencia de alcohol “de por vida” desde que finaliza el tratamiento de desintoxicación, y cualquier consumo posterior es considerado como una situación de “emergencia”, donde existe una alta probabilidad de perder el control y volver a los niveles de consumo previos al inicio del tratamiento. A este respecto, es significativo que en el DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995), el diagnóstico de Dependencia de sustancias impida que posteriormente se pueda establecer el diagnóstico de Abuso.

*Estrategias de autocontrol.* Las estrategias de autocontrol en pacientes cuyo objetivo es la consecución de la abstinencia podríamos dividirla en función de las fases de tratamiento: Desintoxicación y Deshabituación, y la *toma de decisión* previa a someterse a dichos tratamientos.

La toma de decisión va a estar en función del balance hecho por el sujeto de las diferentes alternativas ante los problemas surgidos hasta el momento y sus planteamientos de futuro, que supone el *compromiso previo* (con él mismo y con los demás) (contexto A de la figura 1)<sup>1</sup>, de establecer una serie de estrategias de autocontrol con el fin de conseguir objetivos a largo plazo, anteponiéndolos a los más inmediatos de evitar el síndrome de abstinencia y de tener sensaciones de euforia, desinhibición conductual u otros posibles efectos recompensantes. Como ya sugirió Skinner en 1953, en los inicios de la Modificación de

<sup>1</sup> Observar que el individuo que se encuentra sufriendo las consecuencias negativas a corto plazo de un consumo excesivo (contexto C de la Figura 1) o sufriendo las consecuencias negativas a largo plazo de ese mismo consumo excesivo (contexto D de la figura 1) es a menudo el mismo (contexto A de la figura 1) que toma la decisión y establece el compromiso de tomar determinadas medidas para conseguir la abstinencia o beber de forma moderada.

Conducta (Skinner, 1970. Pg., 268) "Resulta fácil decirle a un alcohólico que puede dejar de beber tirando a la basura todas las botellas que tiene en casa; el principal problema es conseguir que lo haga".

A) *Desintoxicación*. Durante esta fase, en la que el paciente ha de someterse a una potente estimulación aversiva (síndrome de abstinencia), las medidas son fundamentalmente de control externo más que de autocontrol, donde la *planificación ambiental* y el *control estimular* (Olivares et al, 1999) se establecen desde fuera (indicaciones médicas, apoyo y control familiar), con el objetivo de prevenir el consumo de alcohol –*prevención de respuesta*–, ya que si el paciente vuelve a ingerir alcohol aliviaría o eliminaría de nuevo temporalmente el síndrome de abstinencia, poniéndose en marcha mecanismos de *reforzamiento negativo*, y por tanto, aumentando la probabilidad futura de consumo de alcohol. La toma de la medicación correctamente, a nivel conductual se traducirá en un *alivio* de la estimulación aversiva interna (síndrome de abstinencia), favoreciendo la toma de decisión de continuar abstemio.

El ingreso en una Unidad de Desintoxicación se puede considerar una estrategia de autocontrol, en cuanto a restricción física *auto-impuesta*, si la decisión del ingreso ha sido tomada en gran parte por el propio paciente y no tanto por la imposición de familiares o terapeutas.

B) *Deshabitación*. Aunque el proceso de deshabitación implica la utilización de numerosas estrategias de intervención, nos vamos a centrar exclusivamente en su análisis desde la perspectiva del autocontrol.

En *prevención de recaídas* (Marlatt, 1993), una de las estrategias básicas consiste en la evitación de situaciones de alto riesgo (p.e., lugares y amistades relacionadas directa y frecuentemente en el pasado con la ingesta abusiva de alcohol). Este es un claro ejemplo de cómo la conducta del sujeto es influida por el valor de las consecuencias que se esperan. El valor de las consecuencias de una conducta determinada, en este caso del consumo de alcohol, viene influenciado, entre otros factores, por una función entre la magnitud de la recompensa esperada y el tiempo requerido para obtenerla (p.e., Monterosso y Ainslie, 1999; Rachlin, 1995); de tal manera que una recompensa pequeña inmediata puede alcanzar un mayor valor subjetivo que una recompensa grande demorada en el tiempo. Este es el caso típico que se da en el consumo de tabaco, alcohol en exceso y otras drogas, que hace difícil la expresión del autocontrol. En el caso que nos ocupa, el sujeto decide y establece el *compromiso previo* (contexto A de la figura 1) de no someterse a ciertos *estímulos condicionados* –ECs– y *discriminativos* –EDs– (p.e., ciertas amistades y lugares), ya que prevé que si se somete a la presencia muy cercana en el tiempo de estos EDs y ECs (contexto B de la figura 1), le será más difícil emitir

conductas de autocontrol (resistirse a la tentación de tomar alcohol), ya que las consecuencias que pueden derivarse de estas situaciones donde la ingesta de alcohol es probable, adquieren más valor que el que en un principio había otorgado el paciente, pues las consecuencias gratificantes y ausencia de malestar son inmediatas, frente a las posibles consecuencias negativas o el estado de bienestar físico y mental, que se demoran en el tiempo.

En otras ocasiones, el paciente que desea mantenerse abstemio tendrá que exponerse inevitablemente, y en otras ocasiones de forma voluntaria, a los ECs y EDs asociados previamente al alcohol (bares, cafeterías, tiendas, algunas amistades, e incluso alcohol en su propia casa o en el trabajo), pero evitando el consumo, facilitando así el proceso de *extinción pavloviana* de las *respuestas condicionadas* (deseo de alcohol), así como a *extinción instrumental* de las respuestas de evitación en el caso de patrones de consumo dependiente. En este sentido hacer referencia, por ejemplo, a la dificultad que entraña el dejar de beber alcohol en el caso de algunas mujeres que beben casi exclusivamente en su casa, o de camareros que no desean o tienen dificultad de encontrar otro trabajo.

Igualmente, el paciente deberá someter a amigos, familiares, camareros, etc., a procedimientos de extinción de las verbalizaciones y comportamientos relativos al consumo de alcohol (invitaciones e incitaciones). Algunos ex-consumidores de alcohol utilizan técnicas de *castigo* (desaprobar el beber delante de él, verbalizaciones despectivas, etc.) que quizá no sean las más recomendables, pues aunque pudieran ser exitosas en cuanto a la extinción de conductas incitadoras de consumo, frecuentemente conllevarán actitudes de rechazo, conductas emocionales negativas e incluso actitudes agresivas que no son deseadas y que pudieran conllevar un cierto aislamiento social que agravara, más que aliviar, el efecto pretendido y dificultar el apoyo emocional positivo necesario para proseguir con la conducta abstemia deseada.

Como apoyo a la deshabitación, en ocasiones se utilizan fármacos interdictores del alcohol (disulfiran, cianamida cálcica), que provocan reacciones aversivas muy desagradables (vómitos, disnea, rubefacción...) en caso de ingerir alcohol mientras el fármaco aún está actuando en el organismo; tienen, por tanto, un efecto disuasorio, al ser una situación anticipada de castigo. Aunque normalmente se utiliza la supervisión –control externo– de algún familiar para la correcta administración de este fármaco, puede ser considerado como un ejemplo de autocontrol (Rachlin, 1995), en cuanto a la *auto-imposición* de un severo estímulo aversivo contingente a una probable respuesta futura de ingestión de alcohol –castigo–, en situaciones de *elección* donde el consumo de alcohol adquiere un gran valor (contexto B de la figura 1), debido a la inmediatez de la obtención de la recompensa.

El ingreso en una Comunidad Terapéutica se puede considerar como una estrategia de autocontrol, en cuanto a restricción temporal *auto-impuesta* de acceso a situaciones estimulares, a la vez que de aprendizaje de *respuestas alternativas* al consumo de alcohol en otro *contexto estimular*, que posteriormente deberá de *generalizar* al ambiente natural.

## REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

Las intervenciones en reducción de daños y riesgos establecen, para aquellos sujetos que no se planteen la abstinencia o que hayan fracasado reiteradamente en su intento, un consumo mínimamente controlado de alcohol, de forma que modifiquen ciertos parámetros de respuesta (intensidad, duración y frecuencia) y de conductas asociadas, con el fin de disminuir los riesgos y daños más graves. La polémica de estas intervenciones surge si consideramos que estamos perdiendo oportunidades de que el paciente consiga la abstinencia total, eliminando los riesgos y disminuyendo los daños ya producidos en el mismo.

Esta perspectiva establece una graduación continua entre consecuencias graves y menos graves, más que en la dicotomía de enfermedad-ausencia de enfermedad, centrando la atención en reducir el daño asociado al consumo de drogas y trasladando el foco de atención hacia la conducta del individuo y sus consecuencias (Marlatt, 1998).

Últimamente se están planteando este tipo de intervenciones, desde los centros de Atención Primaria de salud y los centros Especializados de atención a alcohólicos, en pacientes gravemente afectados por un consumo crónico de alcohol con fracasos reiterados en tratamientos de abstinencia y que no están motivados para conseguirla, cuyo objetivo fundamental es la retención de estos pacientes en tratamiento y disminuir las complicaciones más graves derivadas del consumo, a la vez que se consideran también necesarias intervenciones en los ámbitos familiares y socio-laborales (Cuadrado, 2000). En estos casos no se les prescribe la abstinencia, sino que se les indica la conveniencia de realizar pequeños cambios en las pautas de consumo y de las conductas asociadas, con el fin de limitar los riesgos y daños más graves. Por ejemplo, disminuir o eliminar la ingestión de bebidas de mayor graduación alcohólica, no conducir bajo los efectos de la intoxicación, aumentar la ingestión de comida. Este tipo de actuaciones se fundamentan en la filosofía de Reducción de Daños y Riesgos, iniciada a finales de los años 80 para abordar los graves problemas derivados del consumo de heroína (p.e., Insúa y Giralvo, 2000), trasladando la metodología y estrategias de intervención a los graves problemas igual-

mente producidos en un porcentaje significativo de los usuarios de alcohol.

Por otra parte, y dentro de la misma línea de actuación en reducción de daños y riesgos, desde los dispositivos de Atención Primaria de salud –comunitaria y cercana al ciudadano–, se están llevando a cabo desde hace unos años las llamadas intervenciones *mínimas* y *breves* ante la detección de consumos de riesgo en pacientes que consultan por problemas orgánicos (Becoña, 1998; García et al, 1997; NIAAA, 1999). Este tipo de intervenciones consisten básicamente en informar a los pacientes-usuarios de alcohol, de la relación que existe entre el consumo de alcohol y los trastornos orgánicos que están padeciendo o que pueden llegar a padecer –información sobre la contingencia entre ingestión de alcohol y trastorno orgánico–, a la vez que se les recomienda la reducción (en algunos casos supresión) del consumo y como llevarla a cabo (aprendizaje de respuestas alternativas), resaltando los aspectos positivos de la disminución del mismo. Todo ello con el fin de evitar males mayores a medio y largo plazo.

Alterar la probabilidad de respuesta presente, mediante la emisión de otros comportamientos alternativos y a ser posible incompatibles a los asociados al consumo de alcohol, es otra estrategia de autocontrol que consiste en la elección en un momento determinado de un comportamiento menos probable (p.e., ir al cine el sábado de 10 a 12 de la noche) que otro más probable (p.e., encontrarse en un bar o pub con unos amigos a la misma hora), dentro de todos los comportamientos posibles en ese momento, que consigue menores recompensas inmediatas frente a mayores recompensas demoradas. Otro ejemplo, puede ser el de alguien que elige acostarse temprano el sábado por la noche y no salir a tomar copas, para levantarse el domingo por la mañana temprano sin resaca y poder realizar numerosas actividades de ocio.

En este sentido van dirigidas numerosas propuestas preventivas para los jóvenes, en las que se fomentan alternativas de ocio los fines de semana, con el fin de facilitarles el acceso a otros comportamientos gratificantes, alterando el proceso de toma de decisiones y elección consecuente entre los jóvenes que ingieren grandes cantidades de alcohol en un corto plazo: las consecuencias inmediatas conllevan efectos agradables mientras que las demoradas efectos desagradables. Se elige el consumo porque está asociado a mayores y más rápidas recompensas.

En estos ejemplos, hemos visto como están presentes los dos factores conductuales claves para responder de la impulsividad y el autocontrol en el consumo de alcohol: la demora y la magnitud de la recompensa esperada.

En cuanto a la demora, estas estrategias preventivas tratan de acercar temporalmente otras recompen-



sas diferentes a las obtenidas mediante el consumo de alcohol para que adquieran mayor valor, teniendo los jóvenes la opción de elegir otras conductas con recompensas diferentes.

En cuanto a la magnitud –que es un valor subjetivo, en múltiples ocasiones condicionado por el grupo al ser una sustancia que frecuentemente se consume en situaciones de interrelación social asociadas al ocio y tiempo libre–, una buena estrategia es la de elevar el valor de otras recompensas. Por ejemplo, si se oferta un ciclo de cine, que lo sea de películas atractivas para los jóvenes y que difícilmente las puedan ver por otros medios (vídeo, tv, cines comerciales).

Un último factor conductual a tener en cuenta a la hora de presentar estrategias alternativas al consumo de alcohol es el “esfuerzo de conducta”. Esto es, la disponibilidad y facilidad para ejecutar conductas, ya sea por la escasez de actividades para jóvenes a las horas habituales de consumo de alcohol, como por su precio, que en la mayoría de las veces supera con creces el precio de una simple “borrachera” en el contexto del “botellón”. Por ello, deben ser bienvenidas y potenciadas las actividades propuestas por diversos Ayuntamientos, como son la apertura de instalaciones deportivas, ciclos de cine a bajo costo, etc.

## **BEBIDA CONTROLADA Y MODERADA**

Los programas o intervenciones dirigidos a conseguir una bebida controlada en sujetos con problemas por consumo abusivo o dependiente de alcohol, establecen como finalidad del tratamiento el consumo moderado y controlado del mismo, además de dejar abierta la posibilidad de que el sujeto elija la abstinencia a lo largo del seguimiento.

Las características de este tipo de programas están suficientemente documentadas (ver p.e., Walitzer y Connors, 1999; para revisión) y las podemos analizar partiendo de las estrategias que utilizan quienes consumen de una forma moderada y controlada.

- Tienen un patrón de consumo flexible dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo, si suelen beber alcohol durante las comidas, beben menos de lo habitual o incluso toman bebidas sin alcohol en caso de tener que conducir o que realizar determinadas tareas, con el fin de disminuir riesgos. Establecen límites de bebida.
- Tienen la capacidad de detener o de hacer más pausado el consumo en situaciones donde existe incitación a un consumo excesivo. Toman bebidas de menor graduación alcohólica, intercalan bebidas sin alcohol, o las bebidas destiladas las piden con menor cantidad de lo habitual, por ejemplo, mediante indicaciones verbales e incluso gestua-

les de no continuar llenando la copa a amistades o camareros.

- En el caso de que se produzca un episodio de consumo excesivo, son capaces de valorar los riesgos y daños sufridos y variar su comportamiento en función de los mismos en el futuro.
- No utilizan el alcohol para evitar o escapar de estados emocionales o afectivos negativos (ansiedad, depresión...), sobre todo si son prolongados en el tiempo o caracteriales como por ejemplo la timidez.

La aplicación de este tipo de intervenciones tiene una serie de ventajas y limitaciones (Calvo, 1984; Echeburúa y Corral, 1988b).

En cuanto a ventajas, citaremos dos: por una parte, lo positivo que a nivel de expectativas de resultado-autoeficacia supone el evaluarse con capacidad de control sobre el propio comportamiento, obteniendo los beneficios –recompensas– y eliminando (o limitando) los daños y riesgos. En este punto hay que destacar, que con la abstinencia –superando situaciones de alto riesgo– y la reducción de daños también se consiguen aumentos en expectativas de resultado-autoeficacia, dependiendo de las metas que previamente se haya planteado el paciente y los objetivos logrados.

Por otra parte, al plantear o al menos dejar abierta la posibilidad de beber de forma moderada y controlada, se evita la frustración que sufren numerosos pacientes al transmitirle la idea desde los servicios asistenciales de que la única solución que tiene su problema es eliminar el consumo de alcohol “de por vida”; y que cualquier ingesta posterior tiene una altísima probabilidad de provocar una rápida restauración de los hábitos o patrones previos de consumo.

En cuanto a limitaciones, hay que hacer notar que pacientes con otros trastornos mentales concurrentes o enfermedad física que pueda verse agravada por la ingesta, aunque sea mínima, de alcohol, no deben ser incluidos en este tipo de programas o intervenciones. Y, en todo caso, cualquier intervención que implique el darles estrategias de autocontrol a estos pacientes, para que modifiquen ciertos parámetros de respuesta de consumo y conductas asociadas, entrarían dentro de los programas de reducción de daños y riesgos.

Otro tipo de limitación se presenta cuando los daños sufridos por el entorno o el usuario de alcohol han sido muy graves o existe un alto riesgo de que se produzcan. Por ejemplo, no sería adecuado hacer una intervención dirigida a conseguir beber de forma controlada a un paciente conductor de autobuses o que trabaje en tendidos eléctricos de alta tensión.

Como ya hemos hecho referencia, los patrones de consumo se van conformando a lo largo de meses y años en función de las contingencias medioambientales que rodean al individuo. A este respecto, es de

destacar la variabilidad de estos patrones en función de dichas contingencias. Por ejemplo, pacientes dependientes físicamente del alcohol que durante la jornada laboral no ingieren ningún tipo de bebida alcohólica, debido a las características del trabajo que desarrollan (atención directa al público o trabajos extremadamente peligrosos, donde las contingencias inmediatas de castigo son altamente probables). Por el contrario, otros pacientes es durante el trabajo cuando más alcohol ingieren, debido a las características del mismo (p.e., comerciales y vendedores, en un contexto de trabajo donde son reforzados positivamente por los clientes –adquiriendo estas propiedades condicionadas y discriminativas– y favorecidos por la cierta desinhibición del comportamiento). En cuanto a la aparición de los síntomas de abstinencia, el consumidor dependiente físicamente del alcohol tiene un margen de maniobra de aproximadamente 12 horas, durante las cuales puede estar sin beber (por ejemplo mientras trabaja) ayudado durante ese periodo de tiempo por la existencia de un contexto discriminativo que indica que la ingesta de alcohol es inapropiada, incluso severamente castigada (p.e., con el despido).

Un consumo controlado supone no guiarse solamente por las contingencias inmediatas, sino también por la valoración por parte del individuo de las consecuencias (probabilidad y magnitud) demoradas en el tiempo de la ingestión de ciertas cantidades de alcohol.

La polémica sobre qué tipo de pacientes son susceptibles de aprender estrategias de autocontrol, o de volver a exhibirlas tras un periodo de consumos problemáticos, no es reciente, y según las investigaciones realizadas (ver p.e., Becoña, 1998; para revisión) y nuestra propia experiencia clínica, son los pacientes con patrones de consumo abusivo o dependencia leve, los jóvenes, y aquellos con escasa o nula motivación para mantenerse abstemios por mucho tiempo, los que más se benefician de este tipo de abordajes.

En el caso de pacientes con dependencia moderada o severa, la polémica es mucho más enconada, a pesar de que al igual que un porcentaje de pacientes tiende a largo plazo hacia la cronicidad –continúan disminuyendo sus niveles de autocontrol (1/3 aproximadamente), existe otro porcentaje de pacientes que consiguen una bebida controlada y moderada a largo plazo (la mayoría de ellos sin someterse a tratamientos con este fin) (Cuadrado, 2000).

Quizá, los resultados poco satisfactorios con programas de bebida controlada en pacientes con dependencia de alcohol moderada o severa se deba, entre otros posibles motivos, a la temporalidad en la implementación de los mismos, justo una vez terminada la desintoxicación, cuando fácilmente se pueden restaurar los hábitos comportamentales previos, debido a que no se ha producido una desaparición de los patrones de consumo previos durante suficiente tiempo.

Nuestra experiencia clínica con algunos pacientes con diagnóstico de dependencia indica que es necesario establecer con el paciente –y en ocasiones junto con la familia– un periodo prolongado en el tiempo, que puede ser de aproximadamente 6 meses de abstinencia, para posteriormente valorar la posibilidad de comenzar a implementar un programa de bebida controlada. Curiosamente, al realizar esta prescripción a pacientes jóvenes con consumos compulsivos, que no padecen síndrome de abstinencia física pero que sí han padecido graves problemas de agresividad, discusiones familiares, accidentes de tráfico (sin daños físicos propios o a terceros), etc., han comenzado ellos, por su cuenta y riesgo, a aplicar el programa de bebida controlada que teníamos previsto implementar a los 6 meses y que en la primera consulta se les había esbozado genéricamente.

La implementación de este tipo de programas deben ser lo suficientemente flexibles y adaptadas a las características de cada persona que acude a consulta. Resulta significativo el caso de un paciente de mediana edad dependiente físicamente del alcohol, que tras 6 meses de abstinencia comenzó a beber de forma controlada, y siendo una de las indicaciones la posibilidad de beber una copa de vino durante la comida de mediodía (no diariamente), refirió en consultas sucesivas que tomaba vino sin alcohol durante las comidas, ya que en ese momento y en ese contexto le resultaba muy difícil limitar la ingesta de vino con alcohol, y sin embargo, bebía una lata de cerveza con alcohol junto con su esposa mientras preparaban la comida.

Por el contrario, otros pacientes consideran (o consideraban antes de acudir a consulta) que no pierden el control, puesto que antes de iniciar el episodio de consumo (contexto A de la figura 1) y durante el mismo (contextos B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>3</sub>... de la figura 1) no se plantean ningún límite. En todo caso, sí que algunos de ellos piensan en ocasiones y a la mañana siguiente (contexto C de la figura 1) o a las semanas y meses posteriores (contexto D de la figura 1) que bebieron demasiado y que tal vez deberían de dejar de beber o beber menos.

Es importante hacer notar, finalmente, que los factores de concienciación sobre los perjuicios que les produce el consumo excesivo, así como los motivacionales, son esenciales a la hora de implementar un programa de bebida controlada o de abstinencia. Sin asegurar una motivación o deseo de control previo al inicio del tratamiento y los recursos suficientes para asegurar asimismo una motivación sostenida a lo largo del mismo (p.e., con el apoyo e implicación de familiares y amistades), este tipo de abordajes resultan difícilmente aplicables con ciertas garantías de éxito. Y es precisamente hacia estos factores de concienciación y de motivación hacia donde van dirigidas en gran medida las intervenciones en reducción de daños y riesgos.

## CONCLUSIONES

En este estudio hemos tratado de acercarnos algunas de las recientes investigaciones sobre el Aprendizaje animal y humano, que son en gran medida la base en la que se sustentan posteriores técnicas de Terapia y Modificación de Conducta, a la práctica clínica de la adicción al alcohol.

Una de las sugerencias que se desprende de este análisis es la de realizar (como parte integrante de la terapia de autocontrol) un *acercamiento cognitivo* (Bayes, 1991) de las consecuencias negativas que determinados niveles de consumo provocan de forma demorada en el tiempo, así como de las consecuencias positivas que esos mismos consumos les producen de forma inmediata. Del mismo modo, la de realizar un acercamiento cognitivo de las consecuencias inmediatas de otros comportamientos alternativos más saludables, así como de las repercusiones a largo plazo de esos mismos comportamientos.

Y por último, hemos de ser conscientes del nivel de esfuerzo y compromiso de cambio que proponemos a las personas que acuden a consulta por problemas derivados del consumo de alcohol. Hemos de tener en cuenta que, a menudo, les planteamos cambios en hábitos y estilos de vida establecidos a lo largo de meses y años, por lo que es muy recomendable una participación activa por parte del sujeto en la toma de decisiones terapéuticas, lo que redundará en la responsabilidad y participación activa del mismo en estos cambios.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Vicenta Carrasco Hervás, su colaboración en la elaboración de las figuras y la redacción de este artículo. Este estudio fue realizado en parte gracias a la beca DGICYT PB98-1362 concedida al segundo autor.

## REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V). Barcelona, Masson.
- Bayés, R. (1991). Prevención y psicología de la salud. **Revista de psicología de la salud**. 3(1): 93-108.
- Becoña E. (1998). "Alcoholismo", en Vallejo M. (Eds), *Manual de Terapia de Conducta Vol II*, Madrid, Dykinson, págs. 75-141.
- Calvo, R. (1984), "Conductas adictivas: alcoholismo", en J. Mayor y F. J. Labrador (eds), *Manual de Modificación de Conducta*, Madrid, Alhambra, págs. 453-477.
- Cándido, A. (2000). *Introducción a la psicología del aprendizaje asociativo*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Cano, G.J. y Cándido, A. (2002). Análisis psicológico de las estrategias de autocontrol implicadas en los programas de reducción de daños y riesgos del consumo de heroína. **Revista Española de Drogodependencias**. 27 (1): 52-65.
- Cuadrado P. (2000) ¿Son necesarios los programas de reducción de daños en el tratamiento de la dependencia alcohólica? **Adicciones** 12 (2): 207-214.
- Domjam, M. y Burkhard, B. (1990). *Principios de aprendizaje y de conducta*. Madrid. Debate.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1988b) El objetivo del beber controlado en el tratamiento del Alcoholismo: perspectivas y limitaciones. **Psicopatología**. 8: 17-28.
- EDIS (2001). *Los andaluces ante las drogas VII*. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias.
- García, A.; Lage, M.; Valerio, N.; Queijeiro, Y.; Pardal M. (1997). Consumo de riesgo: detección e intervención en atención temprana. **Revista Española de Drogodependencias**. 22 (4): 311-318.
- Insúa, P. y Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias. **Papeles del psicólogo**, 33-47.
- Kahler Ch., Epstein E, McCrady B. (1995). Loos of control and inability to abstain: the measurement of and the relationship between two constructs in male alcoholism. **Addiction** 90: 1025-1036.
- Klatsky, A.L. (1999). Moderate drinking and reduced risk of heart disease. **Alcohol research & health**. 23(1): 15-23.
- Maldonado, A. (1998). *Aprendizaje, cognición y comportamiento humano*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Marlatt, G. A. (1998). *Reducción del daño: principios y estrategias básicas*. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Cádiz.
- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual, en M. Casas y M. Gossop (Coord.): *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona. CITRAN.
- Monterosso, J. y Ainslie, G. (1999). Beyond discounting: possible experimental models of impulse control. **Psychopharmacology**. 146: 339-347.
- NIAAA. (1999). Brief intervention for Alcohol Problems. **Alcohol alert**. N° 43.
- Olivares, J.; Méndez, F.X. y Lozano, M. (1999), "Técnicas de autocontrol" en J. Olivares, F.X. Méndez (eds), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, Biblioteca nueva, págs. 371-408.
- Plan Nacional sobre Drogas (2001). Informe núm. 4. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

- Rachlin, H. (1995). Self-control: Beyond commitment. **Behavioral and brain sciences** 18 (1): 109-159.
- Rubio, G.; Ponce, G; Jiménez-Arriero, M.A.; Santo-Domingo, J. (1999). La pérdida de control en la dependencia alcohólica: conceptualización. **Adicciones**.11 (2): 143-158.
- Skinner, B.F. (1970). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona, Fontanella.
- Walitzer, K. S. y Connors, G.J. (1999). Treating problem drinking. **Alcohol research & health**. 23 (2): 138-143.