

Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol

RAQUEL GARCÍA GONZÁLEZ¹; MARÍA ALONSO SUÁREZ²

(1) Servicio de Salud Mental de Retiro, Comunidad de Madrid

(2) Servicio de Salud Mental de Retiro, Comunidad de Madrid

Enviar correspondencia:

Raquel García González. Servicio de Salud Mental de Retiro. C/ Doctor Castelo, 60. 28009 Madrid.

RESUMEN

La evaluación de las habilidades de afrontamiento se enmarca en las intervenciones de prevención de recaídas desarrolladas desde la psicología cognitivo conductual. Se presentan los resultados de fiabilidad y validez de la versión española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento, CBI, en una muestra de 151 pacientes dependientes de alcohol. Mediante este instrumento, que consta de 36 ítems, se identifican aquellas habilidades de afrontamiento que el dependiente del alcohol emplea para no consumir cuando experimenta deseos de bebida. La consistencia interna del instrumento es adecuada en esta muestra ($\alpha = 0,90$). El análisis factorial presenta 4 factores (pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación) que explican el 44,39% de la varianza y que coinciden en gran medida con los de estudios previos en muestras no españolas. La alta fiabilidad y validez de constructo de la versión española del CBI hace recomendable su utilización con fines de evaluación y clínicos.

Palabras clave: evaluación, dependencia del alcohol, Inventario de Habilidades de Afrontamiento, propiedades psicométricas.

ABSTRACT

Reliability and validity results of the Coping Behaviour Inventory, CBI, are presented in a sample of 151 alcohol dependents. This instrument is frequently used in relapse prevention treatment as a tool for therapeutic purpose. This 36 item questionnaire evaluates those coping behaviours that the alcohol dependent patients use to avoid a relapse. The internal reliability is satisfactory ($\alpha = 0.90$). Factorial analysis showed four emergent factors (positive thinking, negative thinking, distraction, and avoidance) accounting for 44.39 of the variance, which are similar, to a large extent, with those found in non-Spanish studies. The satisfactory reliability and construct validity of the Spanish version of the CBI confirms that it is adequate for assessment and clinical purposes.

Key words: assessment, alcohol dependence, Coping Behaviour Inventory, psychometric properties.

1. INTRODUCCIÓN

La introducción del concepto de habilidades de afrontamiento en la dependencia del alcohol fue expuesta en los trabajos de Litman et al. a finales de los setenta y principios de los ochenta. A través de entrevistas estudiaron los métodos que los dependientes del alcohol utilizaban al tratar de evitar la recaída (Litman, 1980; Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim, 1977, 1979; Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983; Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson, 1984).

El concepto de afrontamiento se ha considerado como una forma de respuesta individualizada a una situación externa o interna. En este paradigma cognitivo-conductual se hipotetiza que la puesta en práctica

de determinadas estrategias de afrontamiento serían útiles a la hora de hacer frente de forma exitosa a las situaciones de recaída o de riesgo de consumo. Gran parte de los programas de intervención basados en los modelos de prevención de recaídas está dirigida al entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo para el deseado mantenimiento de la abstinencia. Se parte de la idea de que algunos sujetos con dependencia del alcohol manifiestan déficits en alguna de las habilidades necesarias para mantener la abstinencia.

Diferentes trabajos llevados a cabo en el ámbito de la dependencia del alcohol han puesto de manifiesto el papel desempeñado por las habilidades de afrontamiento y sus implicaciones en la evolución de los tra-

tamientos, más concretamente su relación con la recaída y con el abandono (Litman et al. 1984; Marlatt 1985; García 1993; García et al., 1990).

Hay que señalar que el desarrollo de estas estrategias de afrontamiento va a depender del deterioro cognitivo que el alcohol haya producido en el sujeto. De hecho, sería conveniente que el entrenamiento en estas habilidades se iniciase cuando los déficits reversibles hayan desaparecido.

Por otro lado, algunos autores afirman que disponer de las habilidades de afrontamiento necesarias ante una situación de riesgo no es garantía de que vayan a ponerse en práctica (Allsop y Saunders, 1989). La razón de esto puede encontrarse en que el sujeto no ha experimentado que esas estrategias sean efectivas. De hecho, según Litman et al. (1984), mientras que la utilización de determinadas habilidades de afrontamiento no estaba relacionada con la recuperación en sus estudios, la eficacia percibida de esas estrategias sí lo estaba.

Además, Saunders y Houghton (1996) advierten de la necesidad de no perder de vista la relación entre las estrategias de afrontamiento y el compromiso con la abstinencia. Es decir, que en algunas ocasiones ocurre que el sujeto dispone de las habilidades adecuadas pero decide no usarlas. De hecho, no es infrecuente observar que un sujeto tiene éxito en la resolución de una situación de riesgo en unas ocasiones y no en otras. Esto nos indica que los pacientes son más capaces de determinar su destino de lo que podría derivarse de la idea de que "fracasan en afrontar las situaciones de riesgo porque no saben, no tienen las habilidades", que puede hacernos ver a los dependientes del alcohol como "víctimas de las circunstancias".

Al margen de estas consideraciones, la identificación de las habilidades del sujeto para mantener la abstinencia (mediante el CBI u otras estrategias), el fomentarlas, y el entrenarlas, son elementos fundamentales de cualquier intervención orientada a la prevención de la recaída.

En el caso del afrontamiento de situaciones de riesgo de bebida, estas respuestas pueden evaluarse mediante el Inventario de Habilidades de Afrontamiento (Coping Behaviors Inventory - CBI-) desarrollado por Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, (1983). Se diseñó con el objetivo de obtener información sobre las respuestas, actitudes y estrategias de los sujetos dependientes del alcohol cuando trataban de evitar la recaída. Se trataba de determinar el repertorio existente de habilidades generales de afrontamiento, donde se atiende no sólo a las habilidades personales, cognitivas y conductuales, sino a aquellas que exploran los recursos del medio de los sujetos, como las redes de apoyo social con la finalidad de desarrollar un fuerte sentimiento de seguridad personal o auto-eficacia con el que poder afrontar las situaciones de consumo.

El Inventario de Habilidades de Afrontamiento es una escala breve formada por 36 ítems derivados de las entrevistas mantenidas con sujetos con dependencia del alcohol donde se les pedía que describiesen los métodos que utilizaban para evitar la recaída y evaluaran una serie de formas de afrontamiento asociadas con el riesgo de consumo.

El objetivo general es estudiar algunas características psicométricas del CBI en su aplicación en una muestra de dependientes del alcohol, evaluar la fiabilidad y validez de constructo (análisis factorial) del inventario y comparar esta versión española con los resultados obtenidos en la primera versión en otras poblaciones. Asimismo, conocer cuáles son las habilidades de afrontamiento de que disponen los sujetos antes de comenzar un programa grupal de prevención de recaídas y cuáles utilizan con más frecuencia.

Ante la ausencia de instrumentos adaptados en nuestro país para determinar las habilidades de afrontamiento en dependientes del alcohol se presentan valores normativos y datos de fiabilidad del inventario en una muestra representativa y relativamente amplia de sujetos que han acudido al programa del Servicio de Salud Mental de Retiro (Comunidad de Madrid) entre 1990 y 1999. Este inventario se utiliza en los programas de prevención de recaídas de este centro como línea base del entrenamiento y, durante las sesiones, para favorecer sus expectativas de autoeficacia. Para evaluar el conjunto de ítems, se les pide a los individuos que indiquen con qué frecuencia habían utilizado cada método para afrontar las situaciones de riesgo en el pasado.

2. MÉTODO

Sujetos

El CBI se administró a 151 sujetos que recibieron atención por sus problemas de dependencia del alcohol en el Servicio de Salud Mental de Retiro. Los sujetos que han participado en el estudio demandaron intervención para sus problemas de bebida entre el año 1995 y el año 1999. Todos los sujetos son incluidos en un protocolo de evaluación en el que contestan a diferentes autoinformes en la primera entrevista, entre ellos el CBI. Se seleccionó a todos aquellos que cumplieran con el criterio diagnóstico de dependencia del alcohol (CIE-9, sistema clasificatorio empleado en la actualidad por la red de salud mental de la Comunidad de Madrid). Se han excluido a aquellos sujetos que habían dejado sin contestar 5 o más ítems ($n=12$). Estos sujetos no difieren significativamente de la muestra en sus características sociodemográficas. En la Tabla 1 aparecen algunos datos sociodemográficos de la muestra. La edad media de los sujetos es de 40,9 años (desviación típica = 9,3).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

		N	%			N	%
Sexo	Hombre	119	78,8	Tipo de convivencia	Solo	18	12
	Mujer	32	21,2		Con conyuge/pareja	85	56,3
Estado civil	Soltero	47	31,3		Con padre/s	31	20,5
	Casado	84	55,6		Con hijos	6	4
	Viudo	2	1,3		Con otros familiares	5	3,3
	Divorciado/ separado	17	11,3		Adopción	5	3,3
Situación laboral	Trabajando	84	55,6				
	En paro	35	23,7				
	Jubilado	2	1,3				
	Escolar	2	1,3				
	Labores del hogar	13	8,6				
	Incapacidad laboral	12	8,1				

Instrumento

El CBI (Inventario de Habilidades de Afrontamiento, Litman et al., 1983) es autoadministrado, consta de 36 ítems desarrollados para identificar la frecuencia con que los sujetos utilizan ciertas habilidades de afrontamiento para mantenerse abstinentes en situaciones de riesgo de recaída. Las categorías de respuesta de este inventario se gradúan como "normalmente", "a menudo", "alguna vez" y "nunca". La puntuación del CBI oscila entre 0 y 108.

En este trabajo hemos utilizado una traducción al castellano del instrumento realizada por García (1993).

Este inventario fue desarrollado a partir de los autoinformes de los dependientes del alcohol acerca de los métodos que utilizaban para evitar una recaída. En la factorización de Litman et al. (1983), se obtuvieron cuatro factores que explican el 54% de la varianza (pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción/ evitación y búsqueda de apoyo social).

Procedimiento

Todos los pacientes que demandan atención para los problemas de alcohol en el S.S.M. de Retiro pasan por una entrevista de recepción en la que se realiza la primera evaluación a cargo de una A.T.S. del centro. Al final de la entrevista se les entrega el CBI y otras pruebas de evaluación. Todos los sujetos contestaron al cuestionario en esta primera entrevista de evaluación previa a un programa de intervención dirigido a la prevención de recaída y se encontraban abstinentes en el momento de contestar al inventario.

RESULTADOS

Distribución de las puntuaciones del CBI

La media de las puntuaciones totales en el CBI fue de 45,7 y la desviación típica de 15,25. El rango estuvo comprendido entre 0 y 89.

Para realizar el estudio descriptivo de normalidad de la puntuación total del CBI hemos tipificado sus valores. El coeficiente de curtosis (curtosis = 0,327) de la nueva variable tipificada nos indica que los valores tienden a concentrarse algo más en torno a la media que en una distribución normal. El coeficiente de asimetría (índice de simetría = -0,17) nos indica que la variable es simétrica, como en una distribución normal. Así, en la curva aparecen los valores distribuidos de forma simétrica en torno a la media y una frecuencia alta de valores en torno a la media. Los valores de los centiles 16 y 84 (-0,94 y 0,96 respectivamente) nos indican que entre ellos se concentran aproximadamente el 68% de los valores, igual que en una distribución normal.

La puntuación media de los ítems (Tabla 2) oscila entre 0,52 (ítem 27) y 2,25 (ítem 32). De los ítems con puntuaciones medias mayores (ítems 32, 5, 1, 25, 26) tres están relacionados con pensamientos positivos (por ejemplo, "decirme que estoy bien y quiero seguir estando") y dos con pensamientos negativos (por ejemplo, "pensar en el lío que estoy metido con la bebida"). Esas son estrategias que los sujetos manifiestan utilizar "a menudo" o "normalmente". Los ítems con puntuaciones más bajas (ítems 1, 10, 2, 12), es decir, aquellos que definen estrategias que los sujetos dicen utilizar "alguna vez" o "nunca" para evitar una recaída, están distribuidos en varios factores.

Consistencia interna

La consistencia interna del CBI hallada en nuestra muestra es elevada (coeficiente alfa = 0,90).

Las correlaciones entre las puntuaciones en cada uno de los ítems y la puntuación total en el CBI se presentan en la Tabla 2. Todos los ítems, salvo el ítem 8 cuya correlación es nula, presentaron coeficientes de correlación ítem-total estadísticamente significativos ($p < 0,001$), entre 0,27 y 0,65.

Tabla 2. Frecuencia, media, desviación típica y correlaciones ítem-total de los ítems del CBI

ITEMS	Media	Desviación típica	Índice de homogeneidad
1. Pensar en cuanto mejor estoy sin beber	2.2	0.9	0.48
2. Telefonar a un amigo	0.6	0.9	0.41
3. Estar en compañía de no bebedores	0.9	0.9	0.37
4. Pensar positivamente	1.9	0.9	0,50
5. Pensar en el lío en que estoy metido con la bebida	2.2	0.8	0,29
6. Parar para examinar mis motivos y eliminar los pasos en falso	1.6	1.0	0,52
7. Pensar en las promesas que he hecho a otros	1.7	1.0	0,41
8. Permanecer en casa escondido	0.8	1.0	0,06
9. Hacer una pausa y pensar en el ciclo alcohólico completo	1.2	0.9	0,52
10. Dejar el dinero en casa	0.5	0.8	0.27
11. Reconocer que la vida no es un camino de rosas pero que la bebida no es la solución	2.0	0.9	0,65
12. Ir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos	0.7	0.9	0.40
13. Saber que sin beber puedo mostrar mi cara de nuevo sin temor a lo que otros piensen	0.8	1.1	0.63
14. Animarme y comprarme algo especial en ves de beber	1.1	1.0	0.49
15. Afrontar mis malos sentimientos en vez de intentar ahogarme en ellos	1.5	1.0	0.57
16. Trabajar duro	1.6	1.0	0.52
17. Darme cuenta de que no vale la pena beber	2.1	0.8	0.63
18. Esperar a que todas las cosas estén zanjadas	1.2	1.0	0.37
19. Recordar cómo en el pasado he traicionado a mis amigos y a mi familia	1.6	1.1	0.48
20. Mantenerme alejado de la gente que bebe	0.9	1.0	0.42
21. Salir a dar un paseo	1.3	1.0	0.51
22. Mirar el lado positivo e intentar dejar de ponerme excusas a mí mismo	1.7	0.9	0.56
23. Darme cuenta de cómo se está afectando mi salud	2.0	0.9	0.55
24. Empezar a hacer algo en casa	1.5	0.9	0.55
25. Considerar el efecto que tendrá sobre mi familia	2.1	0.8	0.61
26. Permanecer en la buena vida en la que puedo estar sin beber	2.1	0.8	0.65
27. Ponerme en contacto con algún viejo amigo de bebida que esté mejor ahora	0.5	0.8	0.43
28. Decidir que voy a dejar de jugar juegos conmigo mismo	1.4	1.0	0.59
29. Comer una buena comida	1.4	1.1	0.51
30. Evitar lugares donde antes bebía	1.0	1.0	0.37
31. Pensar en toda la gente que me ha ayudado	1.9	1.0	0.58
32. Decirme que estoy bien y quiero seguir estando	2.2	0.8	0.51
33. Irme a dormir	1.1	0.9	0.31
34. Recordar cómo ello ha afecto a mi familia	2.0	0.9	0.56
35. Obligarme a ir a trabajar	1.4	1.2	0,50
36. Intentar afrontar la vida en vez de evitarla	2	0.9	0,51

Puntuaciones centiles

En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones centiles en el CBI para nuestra muestra de pacientes con dependencia del alcohol atendidos en el Servicio de Salud Mental de Retiro.

Análisis factorial

Se llevó a cabo un análisis factorial (método de extracción: análisis de componentes principales;

método de rotación: normalización Varimax con Kaiser) y el análisis de la matriz de componentes rotados sugiere una solución de cuatro factores que explican un 44,39% de la varianza (Tabla 4).

En la Tabla 5 puede verse la matriz de componentes rotados. Se ha realizado un análisis de contenido de los ítems que componen cada factor. Posteriormente se han comparado estos factores con los hallados en estudios previos (Pensamiento positivo, Pensamiento negativo, Evitación/distracción, Búsqueda de apoyo social). La etiqueta de los factores se ha mantenido

Tabla 3. Puntuaciones centiles del CBI

P. directa	0	25,1	35,2	36	38,6	42,5	45	49	53,3	56	57,8	66,6	89
Centil	Min	10	20	25	30	40	50	60	70	75	80	90	Max

Tabla 4. Factores extraídos y varianza explicada

FACTOR	TOTAL	% DE LA VARIANZA	% ACUMULADO
1	5.257	14.602	14.602
2	4.639	12.885	27.487
3	3.495	9.708	37.196
4	2.592	7.199	44.395

cuando coincidía con estos estudios (Pensamiento positivo, Pensamiento negativo) y se han identificado con nuevas etiquetas en función del contenido cuando estos factores diferían (Distracción, Evitación).

El factor 1 o "Pensamiento positivo" explica el 14,6% de la varianza y está compuesto por 11 ítems (1, 4, 6, 11, 13, 15, 17, 22, 26, 32, 36). El factor 2 o "Pensamiento negativo" explica el 12,8% de la varianza y está compuesto por 8 ítems (5, 7, 9, 19, 25, 28, 31, 34). El factor 3 o "Distracción" explica el 9,7 % de la varianza y está compuesto por 10 ítems (2, 10, 14, 16, 21, 24, 27, 29, 33, 35). El factor 4 o "Evitación" explica el 7,1% de la varianza y está compuesto por 5 ítems (3, 8, 18, 20, 30). Los ítems 12 ("Ir a reuniones de Alcohólicos Anónimos") y 23 ("Darme cuenta de cómo está afectando a mi salud") no saturan claramente en ningún factor.

Por tanto, parece que en esta muestra podemos agrupar las distintas estrategias de afrontamiento que los sujetos utilizan para evitar beber en situaciones de riesgo en cuatro estrategias. La primera, "Pensamiento positivo", se refiere a pensar en las consecuencias positivas de estar abstinerente. La segunda, "Pensamiento negativo", se refiere a pensar en las consecuencias negativas o problemática física, social o laboral que tendría o ha tenido la conducta de bebida. La tercera, "Distracción", incluye habilidades relacionadas con iniciar alguna actividad distractora (dormir, trabajar), que puede ser agradable (pasear, comprarme algo, una buena comida) o en compañía (llamar a un amigo). La cuarta, "Evitación", se refiere a evitar situaciones previamente relacionadas con la bebida (evitar gente que bebe, esconderse en casa, evitar lugares donde bebía).

En el análisis factorial de Litman et al. (1983) los ítems se agrupan también en cuatro factores que explican un 54% de la varianza. El primer factor es muy similar al obtenido en nuestra muestra: todos los ítems de su estudio que saturan el factor "Pensamiento positivo" también saturan en ese factor en nuestro estudio. Sin embargo, los ítems 28 ("decidir que voy a dejar de juegos conmigo mismo") y 9 ("hacer una pausa y pensar en el ciclo completo alcohólico") saturan en nuestro estudio en el factor 2 o "Pensamiento negativo" en vez de en el primero. Este factor 2 o "Pensamiento negativo" es, salvo por esos dos nuevos ítems diferentes, idéntico al de Litman.

En los factores 3 y 4 es donde encontramos más diferencias con el estudio de Litman et al.(1983). En su estudio, el factor 4 se refiere a *búsqueda de apoyo social* (ítems 2, 3 12, 20, 27). En el estudio actual, los ítems que componen ese factor se reparten entre el factor 3 o "Distracción" y el factor 4 o "Evitación". No existe en nuestro estudio un factor definido que se refiera a la búsqueda de apoyo social, si bien es cierto que los ítems que tienen ese significado más claro saturan en el factor 3 o "Distracción". En el estudio citado, el factor 3 se refiere a *distracción/evitación* y se compone de los ítems 8, 10, 16, 18, 21, 24, 30, 33 y 35.

Al comparar las puntuaciones que los sujetos obtienen en los factores, comprobamos que las estrategias de afrontamiento que los sujetos manifiestan emplear con más frecuencia en una situación de riesgo son las que se refieren a "pensamiento positivo". El segundo factor que agrupa las estrategias que los sujetos emplean con más frecuencia se refiere a "pensamiento negativo". Así, parece que las habilidades de afrontamiento más comunes se centran en estrategias cognitivas, y no tanto en respuestas de evitación o de distracción (ver Tabla 6). Llama la atención la escasa frecuencia con que los sujetos manifiestan utilizar la estrategia de evitar lugares o estímulos relacionados con la bebida para combatir situaciones de riesgo, aunque ya se había observado en otros estudios (García y Alonso, 1989; García, Cuesta y Cuadrado, 1995).

En la Tabla 7 puede observarse que todas los factores correlacionan entre sí y con el CBI total de forma significativa ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

1. El CBI (Inventario de Habilidades de Afrontamiento) presenta en nuestra muestra una alta fiabilidad y validez (de constructo) y sus características psicométricas pueden permitir su uso en población española. Este instrumento se utiliza en los programas de intervención basados en la prevención de recaídas. Lo más destacable del tratamiento es que aborda el proceso de la recaída como parte integrante del mismo, en vez de ignorarla.

Tabla 5. Matriz de componentes rotados del CBI

ITEM	FACTOR 1 Pensamiento positivo	FACTOR 2 Pensamiento negativo	FACTOR 3 Distracción	FACTOR 4 Evitación
1	0,55			
4	0,82			
6	0,44			
11	0,51			
13	0,40			
15	0,56			
17	0,56			
22	0,52			
26	0,64			
32	0,70			
36	0,73			
5		0,42		
7		0,70		
9		0,51		
19		0,62		
25		0,66		
28		0,41		
31		0,64		
34		0,78		
2			0,37	
10			0,49	
14			0,53	
16			0,53	
21			0,55	
24			0,51	
27			0,39	
29			0,55	
33			0,40	
35			0,35	
3				0,69
8				0,57
18				0,33
20				0,77
30				0,65

Tabla 6. Media y desviación típica de los factores

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
FACTOR 1. Pensamiento positivo	21,7	7,14
FACTOR 2. Pensamiento negativo	13,62	4,9
FACTOR 3. Distracción	11,46	5,6
FACTOR 4. Evitación	5,03	3,38

Tabla 7. Correlaciones interfactoriales y correlaciones entre los factores y el CBI

FACT. 1	FACT. 2	FACT. 3	FACT. 4		CBI (total)
1	0,58	0,55	0,21	FACTOR 1. Pensamiento positivo	0,83
	1	0,50	0,44	FACTOR 2. Pensamiento negativo	0,78
		1	0,40	FACTOR 3. Distracción	0,84
			1	FACTOR 4. Evitación	0,49

La intervención pretende fomentar el autocontrol y parte del modelo cognitivo-conductual, centrándose en que el sujeto aprenda a identificar y afrontar de forma efectiva aquellas situaciones que incrementan el riesgo de una recaída. Se plantea necesariamente el entrenamiento en habilidades conductuales y cognitivas que le permitan afrontar con éxito esas situaciones. En primer lugar habría que identificar cuáles son las habilidades que el sujeto suele utilizar y, para este fin, el CBI (Inventario de Habilidades de Afrontamiento) es de gran ayuda.

Los resultados de Litman et al. (1983), sugieren que los individuos que presentan un mayor número de habilidades de afrontamiento así como una mayor flexibilidad para utilizarlas, es más probable que se mantengan abstinentes.

2. Mediante el CBI se mide la frecuencia con la que los sujetos utilizan determinadas habilidades de afrontamiento que podrían agruparse en cuatro factores: pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación. Los dos primeros factores coinciden con los hallados en el estudio de Litman et al. (1983). Sin embargo, en dicho estudio el tercer factor sería un combinado de nuestros factores 3 y 4 (*evitación/distracción*) y aparece un cuarto factor no identificado en nuestra muestra relacionado con la *búsqueda de apoyo social*. Por tanto, no parece que la búsqueda de apoyo social sea un elemento de afrontamiento con entidad en nuestra muestra. Los ítems que se refieren a la búsqueda de apoyo social aparecen repartidos dentro de los factores relacionados con distracción o evitación. Sería interesante conocer las razones por las que buscar apoyo social no tiene entidad como estrategia de afrontamiento diferenciada en una muestra española. Es posible que esto obedezca a razones culturales y al hecho de el consumo de alcohol sea ampliamente aceptado mientras el sujeto no sea un "alcohólico". A partir de ese momento, la estigmatización y el aislamiento por parte del entorno social es frecuente. En ese contexto, reconocer que se tienen dificultades para mantener la abstinencia o deseos de beber, y pedir ayuda para controlarlo resultaría más difícil.

3. Las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo de bebida que los sujetos manifiestan utilizar más frecuentemente son cognitivas: el pensar en los efectos beneficiosos de la abstinencia y, seguidamente, el pensar en las consecuencias negativas de la bebida. La evitación de lugares o estímulos relacionados con la bebida es la estrategia menos utilizada para afrontar una situación de riesgo. Sería interesante conocer en qué medida consideran los sujetos que estas habilidades les resultan efectivas para mantener la abstinencia. El Inventario de Efectividad de las Habilidades de Afrontamiento (ECBI, Effectiveness Coping Behaviors Inventory, Litman et al., 1977, 1979, 1984) fue diseñado con ese propósito.

Asimismo, sería interesante poder conocer si los sujetos estaban abstinentes al contestar el CBI y desde hace cuanto tiempo, con el fin de estudiar qué habilidades distinguen a los sujetos que han conseguido mantener la abstinencia durante más tiempo del resto de los sujetos.

Parece que existe una progresión en el desarrollo de estas habilidades de afrontamiento en aquellos sujetos que no recaen desde las estrategias de evitación de las situaciones de riesgo hacia las estrategias más complejas. En un principio, los sujetos que se recuperan utilizan la evitación conductual de las situaciones de riesgo y, si se encuentran con dichas situaciones, buscan apoyo social. A medida que la abstinencia se mantiene en el tiempo, aparece una transición desde estrategias conductuales hacia una mayor confianza en un afrontamiento cognitivo (el pensar en las consecuencias negativas del alcohol en el pasado, el pensar en beneficios de la abstinencia, etc.) (Litman et al., 1984).

4. Los datos normativos (puntuaciones centiles) presentados pueden servir para evaluar tratamientos de prevención de recaídas en muestras de pacientes con características similares a las de este estudio. Además, pueden resultar útiles para valorar la puntuación de un sujeto con diagnóstico de dependencia del alcohol, al ser susceptible de comparación con la puntuación de su grupo.

5. Existen algunas limitaciones en este estudio que matizan las conclusiones expuestas. En primer lugar, no se ha controlado si existen diferencias entre los sujetos en cuanto al periodo de tiempo que llevaban abstinentes al realizar la evaluación pre-tratamiento, aunque lo estaban en el momento de la evaluación. Es posible que las habilidades que utilicen sean distintas en función del tiempo de abstinencia. Dado el amplio número de sujetos de nuestra muestra, es posible que esta variable se distribuya de forma aleatoria.

Por otro lado, hay que señalar que el CBI da una puntuación genérica: distintos sujetos con la misma puntuación pueden estar utilizando habilidades de afrontamiento muy diferentes. A la hora de su valoración es importante realizar un análisis idiosincrásico del perfil de cada sujeto.

6. Algunas de las líneas futuras de investigación ya se han comentado más arriba, aunque a continuación sugerimos algunas. En torno a su validación sería interesante estudiar su capacidad para discriminar entre aquellos sujetos que recaen y aquellos que se mantienen abstinentes. Asimismo, sería interesante conocer la relación entre esta variable y otras variables importantes en los tratamientos de prevención de recaídas como la eficacia percibida de las estrategias de afrontamiento, las situaciones precipitantes de recaída, el

grado de dependencia del alcohol, la motivación hacia el tratamiento, etc.

Conocer las habilidades del sujeto y entrenar las deficitarias, resulta fundamental para prevenir la recaída. Los datos de este estudio permiten afirmar que la versión española del CBI es un instrumento válido y fiable para ese primer objetivo.

REFERENCIAS

- Allsop, S. y Saunders, B. (1989). Relapse and alcohol problems. En M. Gossop et al. (Ed.) *Relapse and addictive behavior*, 11-40, London, England UK: Tavistock/Routledge.
- García, R. (1993). La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención. Colección tesis microfichas N° de ISBN: 84-7477-405-5 Universidad Autónoma de Madrid.
- García, R. y Alonso, J. (1989). Alcoholismo: determinantes de la recaída. Un estudio piloto. *Adicciones*, 1, 1, 5-22.
- García, R., Cuadrado, P., Pata, M.D. y Lafarga, C. (1990). Abandonos terapéuticos en un Programa de tratamiento ambulatorio de alcoholismo: tasas de abandonos, variables implicadas y papel del abandono en la evolución de los sujetos. *Adicciones*, 2, 3, 191-208.
- García, R., Cuesta, P. y Cuadrado, P. (1995). Evaluación de dos modalidades de intervención en alcohólicos. Seguimiento a tres años. *Adicciones*, 7, 2, 131-148.
- Litman, G.K. (1980). Relapse in alcoholism: Traditional and current approaches. En G. Edwards y M. Grant (Eds.), *Alcoholism treatment in transition*, London: Croom Helm.
- Litman, G.K.; Eiser, J.R.; Rawson, N.S.B., y Oppenheim, A.N. (1977). Towards a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 3, 157-162.
- Litman, G.K.; Eiser, J.R.; Rawson, N.S.B., y Oppenheim, A.N. (1979). Difference in relapse precipitants and coping behaviors between alcohol relapsers and survivors. *Behavior Research and Therapy*, 17, 89-94.
- Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention and 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 Addiction*, 79, 283-291.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press
- Saunders, B. y Houghton, M. (1996). Relapse revisited: A critique of current concepts and clinical practice in management of alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 21, 6, 843-855.

APENDICE

INVENTARIO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Litmam, G.; Stapleton, J.; Oppenheim, A.N.; Peleg, M. (1983)

Adaptación: García González, R. (1993)

Nos gustaría saber, en el caso de que haya deseado comenzar a beber de nuevo, qué es lo que ha hecho para parar. Aquí hay una lista de formas que algunas personas han puesto en práctica cuando han intentado dejar de beber. Hay cuatro categorías: "Normalmente", "A menudo", "Alguna vez" y "Nunca". Por favor, marque la casilla que esté más cerca de lo que a menudo haya hecho para no volver a beber de nuevo. No hay contestaciones correctas, equivocadas o trucadas. Solo queremos saber qué es lo que Ud. ha intentado.

	Normalmente	A menudo	Alguna vez	Nunca
1. Pensar en cuanto mejor estoy sin beber				
2. Telefonar a un amigo				
3. Estar en compañía de no bebedores				
4. Pensar positivamente				
5. Pensar en el lío en que estoy metido con la bebida				
6. Parar para examinar mis motivos y eliminar los pasos en falso				
7. Pensar en las promesas que he hecho a otros				
8. Permanecer en casa escondido				
9. Hacer una pausa y pensar en el ciclo alcohólico completo				
10. Dejar el dinero en casa				
11. Reconocer que la vida no es un camino de rosas pero que la bebida no es la solución				
12. Ir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos				
13. Saber que sin beber puedo mostrar mi cara de nuevo sin temor a lo que otros piensen				
14. Animarme y comprarme algo especial en vez de beber				
15. Afrontar mis malos sentimientos en vez de intentar ahogarme en ellos				
16. Trabajar duro				
17. Darme cuenta de que no vale la pena beber				
18. Esperar a que todas las cosas estén zanjadas				
19. Recordar cómo en el pasado he traicionado a mis amigos y a mi familia				
20. Mantenerme alejado de la gente que bebe				
21. Salir a dar un paseo				
22. Mirar el lado positivo e intentar dejar de ponerme excusas a mí mismo				
23. Darme cuenta de cómo se está afectando mi salud				
24. Empezar a hacer algo en casa				
25. Considerar el efecto que tendrá sobre mi familia				
26. Permanecer en la buena vida en la que puedo estar sin beber				
27. Ponerme en contacto con algún viejo amigo de bebida que esté mejor ahora				
28. Decidir que voy a dejar de jugar juegos conmigo mismo				
29. Comer una buena comida				
30. Evitar lugares donde antes bebía				
31. Pensar en toda la gente que me ha ayudado				
32. Decirme que estoy bien y quiero seguir estándolo				
33. Irme a dormir				
34. Recordar cómo ello ha afectado a mi familia				
35. Obligarme a ir a trabajar				
36. Intentar afrontar la vida en vez de evitarla				

FE DE ERRATAS

En el artículo señalado a continuación (aparecido en la revista Adicciones, vol. 14, nº 3 (págs. 327-336) falta incluir la información que ahora se incluye.

USO DE NALTREXONA EN LA DESHABITUACIÓN DE PACIENTES CON DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN EL ESTADO ESPAÑOL

Izquierdo, M.; Rodríguez-Martos, A.; Llopis, J.; Cañuelo, B.; Guigou, G.; Izquierdo, J.; Lorenzo, A.; Mateo, M.; Rubio, G.; Varo, J.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a los 51 investigadores de toda España, que voluntariamente colaboraron en la aplicación del protocolo, y a Pharmazam, S.A. (Zambón Group) su indispensable colaboración para la realización de este trabajo.

DECLARACIÓN DE INTERÉS

Los autores declaran haber recibido financiación del laboratorio Pharmazam S.A. (Zambón Group) para la realización del diseño del estudio, trabajo de campo y valoración estadística del mismo, así como su pertenencia a Socidrogalcohol, que ha impulsado el proyecto.