

Reestructuración de la conducta y activación social como estrategias de autocontrol frente al consumo de alcohol en adultos

Diana Obando-Posada¹
Universidad de La Sabana, Colombia
Telmo Peña-Correal²
Universidad del Rosario, Colombia

Resumen

El consumo de alcohol se mantiene como una de las principales problemáticas en el mundo debido a que afecta a más de media población mundial. Está relacionado con múltiples enfermedades físicas y psicológicas, con la violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito, pérdidas económicas, dificultades laborales y académicas, entre otras. El objetivo del presente estudio es evaluar el efecto de las técnicas intervención basadas en la reestructuración de la conducta y activación social, entendidas como estrategias de autocontrol, en tres adultos hombres de 21, 39 y 42 años, quienes reportaron problemáticas relacionadas con el consumo de la sustancia. Se implementó un diseño intrasujeto de series temporales A-B-A-BC, para el desarrollo del estudio. Los resultados indican que la intervención dirigida a modificar patrones conductuales a partir de las técnicas planteadas, tuvo un efecto positivo. En la fase de seguimiento, los tres participantes presentaron una disminución en los gramos de alcohol ingeridos y en el tiempo invertido en el consumo, en comparación con la fase de evaluación.

Palabras clave: consumo de alcohol, autocontrol, reestructuración de la conducta y activación social.

Abstract

Alcohol consumption remains a world major problem because it affects more than a half of the world population and it is associated with multiple physical and psychological illnesses, domestic violence, traffic accidents, financial, labor and academic problems, among others. The purpose of this study is to assess the effect of behavior restructuring and social activation as self-control techniques, in three male adults of 21, 39 and 42 years old, who reported problems related with substance use. An intrasubject temporary series A-B-A-BC design was conducted. Results indicate that intervention aimed to modify behavioral patterns based on the suggested techniques, had a positive effect. In monitoring phase, all participants showed a decrease in consumed grams of alcohol and invested time on consumption, compared with the assessment phase.

Keywords: alcohol use, self-control, behavior restructuring and social activation.

Recibido: 21 de enero de 2013

Aceptado: 19 de abril de 2013

1. M.Cs. en Psicología Clínica. Docente de la Universidad de La Sabana. Correspondencia: Diana Obando Posada, Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana. Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia. Correo electrónico: diana.obando@unisabana.edu.co
2. Ph.D en Psicología Experimental. Docente de la Universidad del Rosario.

Introducción

El presente estudio se centra en una comprensión molar y multicausal del consumo de alcohol, una problemática que sigue manteniéndose como una de las más representativas en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), 2,5 millones de muertes cada año están relacionadas con el consumo de alcohol, entre las cuales 320,000 son jóvenes entre 15 y 29 años. Según los datos, la problemática de consumo se encuentra en el tercer lugar de factores de morbilidad a nivel mundial y en el primer lugar para las Américas.

En este estudio se hace un acercamiento a la problemática de consumo de alcohol desde la teoría del autocontrol. El objetivo es identificar cuál es el efecto de la reestructuración de la conducta y la activación social, entendidas como estrategias de autocontrol, sobre la conducta de consumo de la sustancia en tres adultos.

El consumo de alcohol como un problema de autocontrol

Diferentes estudios presentan una relación entre el consumo de alcohol, y otras sustancias psicoactivas, y el autocontrol (Cicua, Méndez y Muñoz, 2008; López, Martín, De la Fuente y Godoy, 2000; López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003; Pérez de la Barrera, 2012; Salazar, Varela, Cáceres de Rodríguez y Tovar, 2006). De esta forma, se plantea el autocontrol como un factor de protección frente al consumo, un predictor del consumo, como una habilidad cognitiva o como una variable de personalidad que influye en la probabilidad de consumo.

Para efectos de esta investigación, el autocontrol se describe como la elección de una alternativa a largo plazo, pero más valiosa para la persona, sobre otra alternativa de menor valor, pero que se obtiene a más corto plazo. La elección de dichas alternativas inmediatas, pero menos gratificantes, se denomina comportamiento impulsivo (Ainslie y Monterosso, 2003; Dixon, Hayes, Binder, Mathey, Sigman, y Zdanowski, 1998; Green y Rachlin, 1996; Logue, Peña-Correal, Rodríguez, y Kabelá, 1986; Rachlin, 1995; Siegel y Rachlin, 1995; Vollmer, Borrero, Lalli, y Daniel, 1999).

La elección de alternativas se relaciona con la expresión matemática de *función de descuento temporal* o *descuento hiperbólico* (Cano, Araque y Cándido, 2011; Killen, 2009; Rachlin, 2000). La función de descuento temporal se

presenta en forma hiperbólica y consiste en un efecto inicial de rápida disminución del valor de un bien, seguido de una disminución mínima de dicho valor con el paso del tiempo. De esta forma, la preferencia entre una alternativa pequeña-inmediata y una grande-demorada, depende de la distancia (en tiempo) de la que se encuentre la persona al momento de hacer la elección (Luhmann, 2009).

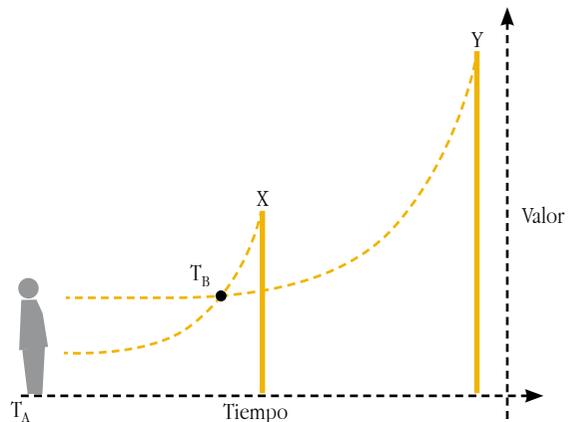


Figura 1. Función de descuento temporal (adaptado de Rachlin, 2000).

De acuerdo con el modelo matemático, como se indica en la Figura 1, cuando la escogencia se hace en un tiempo lejano de las dos alternativas (t_A), el valor total de la alternativa demorada (y) es mayor, razón por la cual suele ser escogida por la persona en un primer momento. Sin embargo, el valor de la recompensa a corto plazo (x) aumenta a medida que se acerca en el tiempo y tendrá aún más valor para la persona cuando sea inmediata, lo cual puede generar una reversión en la escogencia en un momento determinado, conocido como *punto de cruce* (t_B).

El cambio en la escogencia se explica a partir del supuesto de que el valor total de una alternativa es función directa del tamaño de la recompensa y función inversa de la demora para recibirla. En ese orden de ideas, las personas se comportan impulsivamente mediante el cambio en la preferencia de la alternativa a largo plazo por la alternativa inmediata en el punto de cruce (Ainslie y Monterosso, 2003; Ariely y Wertenbroch, 2002; Rachlin, 2000). El autocontrol consiste entonces en que la persona desarrolle estrategias para mantener, su escogencia en el tiempo, evitando la reversión de la elección en el punto de cruce.

De esta forma, las situaciones de autocontrol se presentan en un contexto de ambivalencia. Rachlin (1995) describe dos tipos de ambivalencia: la ambivalencia simple y la compleja. La primera describe la situación en que las personas eligen entre dos alternativas conmensurables, frente a las cuales se identifican periodos o contextos claros en que se prefiere una alternativa y otros en que se prefiere la otra. La ambivalencia compleja describe la situación en que las personas se encuentran frente a dos alternativas que no son conmensurables: por ejemplo, comerse un pastel de chocolate ahora mismo (actividad específica que se desarrolla en un momento particular) o mantener una buena salud a futuro (lo cual implica un conjunto de comportamientos que se extienden en el tiempo). Según Plata, Córdoba y Clavijo (2009), la mayoría de situaciones de autocontrol se presentan en el contexto de la ambivalencia compleja.

Las personas que consumen alcohol con frecuencia se enfrentan a situaciones de ambivalencia compleja en las que deben elegir entre dos alternativas no conmensurables; beber un trago ahora mismo o permanecer sobrio, la cual no se define como una acción concreta, sino que es, más bien, un concepto “abstracto” que puede involucrar muchos comportamientos que deben su valor, en gran parte, a su organización temporal a más largo plazo (Rachlin, 2000).

Es más probable que en las situaciones de elección, las personas escojan actuar de forma impulsiva (Dixo Et al, 1998; Plata et al, 2009). Estudios con palomas, como el realizado por Siegel y Rachlin (1995), han demostrado que en las situaciones de ambivalencia compleja, tanto los animales como las personas optan por la elección de recompensas menos gratificantes, pero inmediatas.

Otra forma de comprender el consumo de alcohol como un problema de autocontrol es a partir de la relación entre el consumo y la actividad social, o la falta de la misma. Tal relación constituye la *teoría de la adicción relativa* (Heather, 2003; Rachlin, 2000). El planteamiento indica que es más probable que una persona que carece de soporte social, o que lo percibe como inadecuado o insuficiente, presente comportamientos de abuso de alcohol.

La adicción relativa implica dos condiciones: primero, una relación recíproca entre la conducta adictiva y la actividad social -mientras una incrementa, la otra disminuye-; y segundo, que son sustituibles entre ellas, es decir, que cuando la actividad social disminuye o desaparece, la acti-

vidad adictiva puede sustituir, en alguna medida, la actividad social que se perdió, y viceversa.

Una propuesta de intervención para el consumo de alcohol a partir de la reestructuración de la conducta y la activación social

La reestructuración de la conducta se plantea como una herramienta para favorecer comportamientos autocontrolados. Mediante la reestructuración se pretende organizar el comportamiento en patrones temporales, reestructurando las alternativas de escogencia en unidades de tiempo más largas, en patrones más globales.

Cuando se inicia un nuevo patrón de comportamiento, a un nivel más molar, su interrupción implica un costo más alto. Esto se relaciona con el hecho que las actividades largas son valiosas en virtud de su organización en el tiempo. Entre más perdure el nuevo patrón, más costosa será su interrupción. Según Rachlin (2000), interrumpir la organización de un nuevo patrón de comportamiento por un placer momentáneo debe generar un costo para quien se comporta. Dicho costo debe ser contingente con la conducta impulsiva y debe ser impuesto antes o durante la misma.

Rachlin (2000) establece el compromiso como método para favorecer la reestructuración del comportamiento. Este autor definió el compromiso como la opción actual que restringe el rango de futuras elecciones. El *compromiso moderado* consiste en que la persona que ha iniciado un nuevo patrón conductual, contrario al impulsivo, puede interrumpirlo en cualquier momento. Por esa característica, es moderado; además, se considera como compromiso puesto que dicha interrupción generará un costo. Así, el compromiso moderado consiste en ejercer una acción en el momento en que se elige la opción más valiosa, aunque más demorada (antes del punto de cruce), que reduzca la posibilidad del cambio futuro de dicha elección, pero si se presenta el cambio, éste debe implicar algún costo para la persona (Rachlin y Green, 1972; Siegel y Rachlin, 1995).

El autocontrol en situaciones de ambivalencia compleja puede ser facilitado por el compromiso moderado, el cual se fundamenta en la tendencia de las personas a continuar la realización de una actividad luego de haber hecho una inversión conductual de tiempo, esfuerzo o de dinero, para no perder lo invertido: esto se conoce como el efecto del costo enterrado (Rachlin, 2000). Al respecto, estudios acerca

de la teoría del costo enterrado, explican cómo se generan conductas de autocontrol en las personas y en los animales (Arkes y Blumer, 1985; Hackenberg, y Vaidya, 2003; Navarro y Fantino, 2005; Piedad, Field y Rachlin, 2006), relacionadas con la persistencia en la finalización de las tareas iniciadas con el objetivo de no perder la inversión.

Así, el compromiso moderado se considera como una herramienta para la reestructuración del comportamiento. Para efectos de este estudio, consistirá en el aumento del tiempo de permanecer sobrio —como el nuevo patrón-, lo cual favorece la elección de alternativas más valiosas para la persona. El compromiso moderado permitirá indicar metas concretas y establecer un costo si se interrumpe la acción. De manera complementaria, mediante la activación social se busca crear un nuevo patrón conductual de conductas autocontroladas, el cual se basa en la participación de la persona en actividades de tipo social.

Método

Diseño

En el presente estudio, se desarrolló un diseño cuasiexperimental intrasujeto de series temporales intraseries, con diseño A-B-A-BC. Las letras indican las diferentes fases del estudio, de la siguiente manera: fase A: fase de línea de base, donde se mide la conducta blanco (consumo de alcohol), sin implementar ningún tratamiento; fase B: implementación de la técnica de reestructuración; fase A: retirada del tratamiento B; y fase BC: implementación de la técnica de reestructuración y de activación social.

Según Arnau (2001), el diseño intrasujeto corresponde a los diseños conductuales, los cuales “consisten en examinar la influencia que ejercen uno o más tratamientos sobre la conducta del sujeto a lo largo del tiempo” (p. 236). El diseño intraseries implica que, durante un tiempo continuo, el participante reciba más de un tipo de intervención. Luego de implementar las técnicas de intervención, se evalúan los cambios en la conducta blanco, a partir de la comparación de las respuestas en las diferentes fases del estudio.

Participantes

Se contó con la participación de tres hombres adultos de 21, 39 y 42 años, quienes reportaron consumo problemático de alcohol, en términos de los conflictos que se presen-

taban en las diferentes áreas de ajuste. Los participantes solicitaron ayuda en un centro de atención psicológica universitaria; allí, fueron seleccionados para participar en el estudio, debido a que se podía explicar el consumo a partir de la teoría del auto-control. Los tres consultantes aceptaron participar de forma voluntaria. A continuación, se presentan las principales características sociodemográficas de los tres participantes.

Caso 1. Participante de 21 años, estudiante de sexto semestre de una carrera técnica, nivel socioeconómico bajo, soltero, convivía con su abuela y una tía materna y dependía económicamente de ellas. Tenía una relación afectiva desde hace dos años con una mujer mayor que tenía dos hijos de 6 y 12 años.

Caso 2. Participante de 39 años, administrador de un negocio familiar y profesional en arquitectura, nivel socioeconómico alto, quien convivía con su pareja y el hijo de 8 años de una relación anterior de su pareja. Tenía dos hijas de dos matrimonios anteriores, de 8 y 15 años, con quienes mantenía una relación cercana, aunque no convivían con él. El participante reportó ser motociclista aficionado.

Caso 3. Participante de 42 años, contador de una empresa privada y estudiante de administración de empresas a distancia, nivel socioeconómico medio, soltero, convivía con la madre, quien padecía enfermedad de Alzheimer.

Instrumentos

Formato de entrevista conductual inicial. Recolección de datos generales, áreas de ajuste y grado de afectación percibido en cada una, en relación con el consumo de alcohol. Se identificaron factores de riesgo (red de apoyo limitada, consumo de pares o familiares, problemáticas psicosociales y/o familiares, acceso al alcohol, consumo de otras sustancias) y factores protectores (red social eficaz, apoyo familiar, motivación frente al cambio, estrategias de cambio, interés en actividades alternativas).

Formato de auto-registro. Reporte diario de información acerca del consumo: descripción del lugar y persona(s) con quien(es) consumió, cantidad de alcohol ingerida (en tragos y; luego, era convertida en gramos), tiempo invertido, hora del consumo y actividad no realizada o aplazada por el consumo. El participante también debía registrar los comportamientos autocontrolados (actividades alternativas).

Formato de análisis funcional. Identificación de antecedentes históricos y contextuales del consumo, la expectativa social acerca de su comportamiento en las situaciones en que ingiere la sustancia, el comportamiento real y las consecuencias del comportamiento.

Formato de compromiso moderado. Reporte de los tiempos de abstinencia de consumo de la sustancia, la elección actividades alternativas al consumo y el costo por el incumplimiento del compromiso.

Procedimiento

Etapas de evaluación. De manera individual, se inició con la entrevista conductual inicial y la firma del consentimiento informado. A partir de la primera sesión, se entrenó a los participantes en el diligenciamiento del formato de auto-registro. Durante las siguientes sesiones, se llevó a cabo la revisión del auto-registro.

En las primeras sesiones, se realizó el análisis funcional de la conducta impulsiva, para identificar los factores ambientales que cambian sistemáticamente cuando se modifica la conducta, y se continuó con el proceso de evaluación, mediante la revisión de los auto-registros. Durante las primeras sesiones, se estableció la frecuencia e intensidad de la conducta impulsiva.

Fase de tratamiento 1. La primera etapa del proceso de intervención (B) se inició con la implementación de la técnica de reestructuración a partir del compromiso moderado. En primer lugar, se les presentó a los participantes los resultados de la etapa de evaluación mediante el formato de análisis funcional. A continuación, se llevó a cabo el diligenciamiento del formato de compromiso moderado, donde se establecieron tres aspectos: (a) tiempos de abstinencia de consumo. Aquí, se especificó el tiempo, en días o semanas, en que el participante se compromete a no consumir alcohol; (b) la elección de una o varias actividades, alternativas al consumo, que el consultante se comprometía a realizar. Estas actividades no deben ser de tipo social, puesto que este tipo de actividades constituyen la segunda fase de intervención; y (c) el costo que implicaba el no cumplimiento del compromiso. Las actividades alternativas del compromiso se programaron atendiendo a las características contextuales (día, persona, hora y espacio) en las que aumentaba la probabilidad de que se presentara el consumo, según el análisis funcional. En las siguientes sesiones, se aumentó el tiempo de abstinencia cuando el participante cumplió el tiempo previamente establecido. En

los casos en los que no se cumplió el compromiso, se llevó a cabo una reducción del mismo, hasta que el participante cumpliera la meta.

Retiro del tratamiento. Antes de iniciar la segunda fase de intervención se retiró el tratamiento de reestructuración mediante el compromiso moderado y se continuó el registro de la conducta de consumo.

Fase de tratamiento 2. Se implementaron las técnicas de reestructuración y de activación social (BC). Se evaluó por áreas (social, familiar, afectiva, académica y laboral) el nivel de actividad social de cada participante; así mismo, se identificaron las actividades en las que participaba actualmente, el nivel de satisfacción con las mismas y el tiempo invertido en su ejecución. Luego, se identificaron nuevas actividades sociales en cada una de las áreas. Para esta fase, en el compromiso moderado, las actividades alternativas debían ser de tipo social. En las siguientes sesiones, se llevó a cabo un seguimiento de la ejecución de las nuevas actividades y el nivel de satisfacción; además, se plantearon nuevas actividades para desarrollar.

Seguimiento. Consistió en un periodo en el cual se evaluó si los cambios presentados se mantuvieron estables. En las sesiones, se revisó el auto-registro para evidenciar el impacto de la intervención.

Resultados

Caso I

A continuación, se presentan los datos recogidos de los auto-registros realizados por el participante de 21 años, donde se evidencia la frecuencia de consumo de alcohol en días por semana, desde el inicio del proceso de evaluación (línea de base) hasta el seguimiento.

En la figura 2, se observa la frecuencia de consumo del participante durante las fases del estudio. En la fase de A, se identifica una frecuencia de consumo de 2 a 3 veces por semana. Luego de la implementación de la estrategia de reestructuración de la conducta (B), se evidencia una disminución en la frecuencia de consumo. En la fase de retirada del tratamiento (A), hay una tendencia irregular de los datos. En la fase BC, el participante presentó una disminución más significativa, en comparación con las otras fases. En la fase de seguimiento, se evidencia que se mantuvo la disminución del consumo, en comparación con la fase inicial.

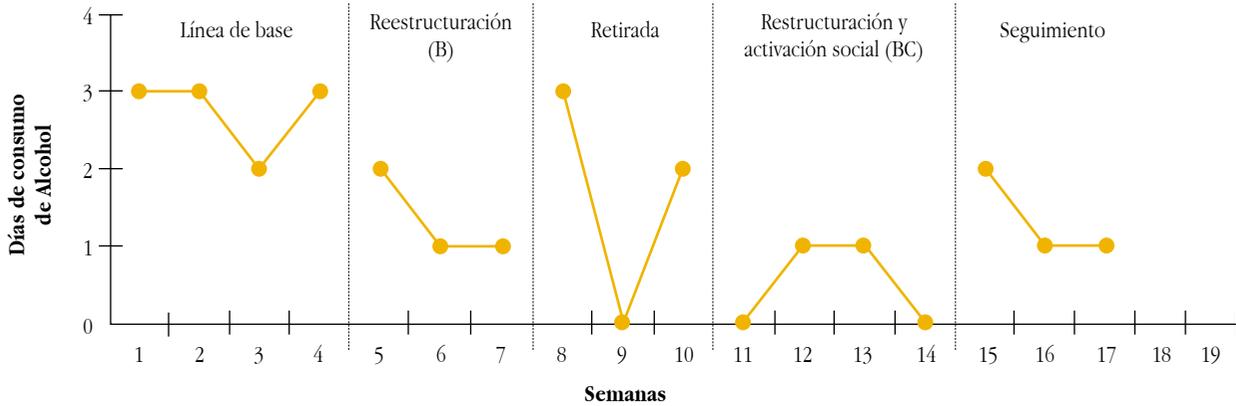


Figura 2. Frecuencia de la conducta de consumo de alcohol en días por semana en las diferentes fases del estudio en el caso 1.

El participante relacionó el consumo con la conducta de jugar billar, el estar “aburrido”, el encontrarse con amigos que consumen o asistir a reuniones sociales donde se consume alcohol. El consumo se presentó con mayor frecuencia los días sábados y domingos.

El participante identificó que debido al consumo, no realizaba actividades académicas, incumplía citas con su pareja, tenía discusiones con su familia y aplazaba actividades de interés a la mañana siguiente, tales como realizar ejercicio o repasar para los exámenes. Según el reporte verbal del participante, la realización de estas actividades fue en aumento, a medida que el tiempo invertido en el consumo disminuyó.

En la figura 3, se indican los días de la semana cuando se presentó la ingesta de alcohol en las fases donde no se implementó el tratamiento (fase A y retirada), días en que se llevó a cabo el compromiso moderado en la consulta, días en que consumió e incumplió el compromiso y días de consumo, sin que se hubiera establecido compromiso de abstinencia. En la fase de evaluación, la frecuencia de

consumo fue de 2 a 3 veces por semana y el Tiempo Entre Consumos (TEC) máximo fue de 5 días. En la primera fase de tratamiento, se evidencia una disminución del consumo y se identifica un TEC de 7 días. Así mismo, durante esta fase, presentó 1 incumplimiento del compromiso, de 5 establecidos. En el retorno a la fase A, se evidencia aumento en la frecuencia de consumo en la primera semana, seguido de un TEC de 9 días. En la segunda fase de tratamiento, el TEC fue de 16 días, con una frecuencia de consumo de 1 a 0 veces por semana, la frecuencia más baja de todas las fases del estudio. En esta fase, incumplió un compromiso de los 6 establecidos. En la fase de seguimiento, se observa que la disminución en la frecuencia se mantiene, y el TEC es mayor si se compara con la fase de línea de base, con un registro de hasta 9 días sin consumo.

Las actividades que se incluyeron dentro del compromiso moderado en la fase B fueron: (a) consiguió empleo los días sábado y domingo de once de la mañana a seis de la tarde, (b) se comprometió a trabajar al menos una vez por semana en la miscelánea de la abuela, (c) se comprometió a realizar

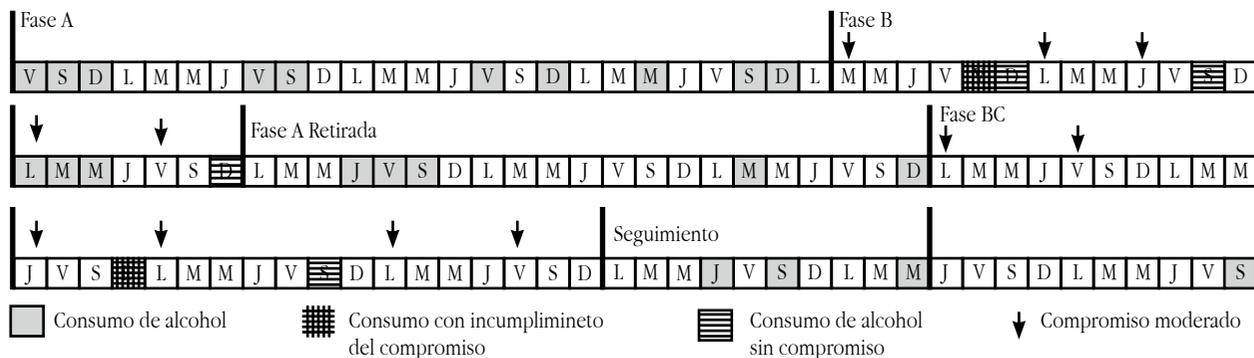


Figura 3. Reestructuración de la conducta a partir del compromiso moderado en el caso 1.

una rutina diaria de ejercicios en la mañana, (d) estableció un horario diario de estudio para mejorar el rendimiento académico, (e) inició clases de inglés entre semana, (f) se comprometió a realizar un manual para repasar conocimientos de la universidad, y (g) se comprometió a terminar un rompecabezas y el proyecto de un helicóptero en metal. El incumplimiento de los compromisos acordados en la fase B fue muy bajo; de hecho, sólo incumplió un compromiso.

En la fase BC, el participante implementó las siguientes actividades de tipo social: (a) aumentó las actividades en pareja (deportivas y con los hijos de la pareja), (b) se comprometió con la realización de actividades familiares, (c) se contactó con antiguos compañeros de colegio para participar en campeonatos de fútbol, y (f) comenzó a realizar actividades diferentes al consumo de alcohol con los compañeros de trabajo.

Así mismo, disminuyó el tiempo invertido a un total de 10 horas durante las tres semanas de la fase (0.5 horas diarias, en promedio). En la fase de retirada, el promedio de consumo fue de 16 gramos de alcohol, con un total de 11 horas invertidas, lo que muestra que se mantuvo la disminución. En BC, el promedio de consumo fue de 7 gramos, lo que equivale a media cerveza diaria aproximadamente. El tiempo invertido total fue de 4.5 horas, durante las cuatro semanas de la fase (0.2 horas diarias, en promedio). En la fase de seguimiento, el promedio de alcohol ingerido fue de 15 gramos (1 cerveza diaria aproximadamente), lo que evidencia un leve aumento en el consumo, con un total de 8.5 horas invertidas (0.5 horas diarias, en promedio). Sin embargo, los datos del seguimiento indican una disminución, en comparación con la fase inicial.

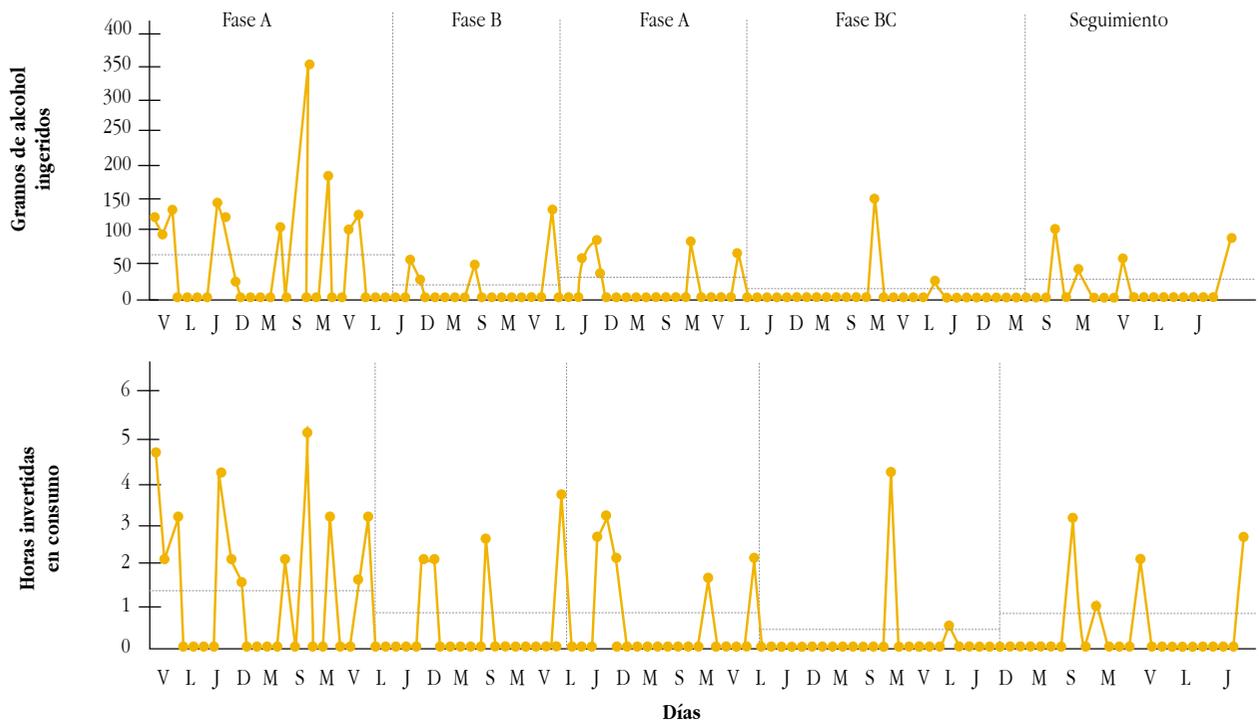


Figura 4. En el panel superior, cantidad de alcohol en gramos ingerido, en días por semana, durante las fases del estudio. En panel inferior, tiempo invertido en el consumo de alcohol, en horas diarias en el caso 1.

En la figura 4, se identifica durante la fase de evaluación un promedio de consumo de 61 gramos, lo que equivale a 5 cervezas diarias aproximadamente, con un tiempo total invertido de 32 horas durante las cuatro semanas de la fase (1.3 horas diarias en promedio). En la primera fase de tratamiento, los gramos de alcohol ingeridos disminuyeron a un promedio de 13 (1 cerveza diaria aproximadamente).

Caso 2

A continuación, se presentan los datos registrados por el participante de 39 años, donde se evidencia la frecuencia de consumo de alcohol en días por semana, durante las diferentes fases del estudio.

de 1 a 2 veces por semana y un TEC de 12 días. En la fase de tratamiento inicial, se identifica que en las últimas dos semanas de la fase, el TEC aumentó a 16 días. En la misma fase, se realizaron 7 compromisos, de los cuales no cumplió con uno. Para la fase BC, también se establecieron 7 compromisos, 2 de los cuales fueron incumplidos. Sin embargo, el TEC aumentó hasta 21 días, el mayor tiempo de abstinencia, en comparación con las otras fases del estudio. En la fase de seguimiento, el aumento en el TEC se mantuvo con 19 días.

En la primera fase de la intervención, el participante se comprometió a realizar actividades relacionadas con la moto, el ejercicio físico (asistir al gimnasio tres veces por semana). En la fase BC, se comprometió a llevar a cabo las siguientes actividades: (a) asistir al gimnasio con su hija de 14 años, (b) retomar la relación con su hija menor (llamarla y programar encuentros cada 15 días), (c) variar las actividades de espaciamiento con su pareja, (d) realizar actividades con los amigos de la universidad con quienes tenía contacto hace unos años, y (e) tomar decisiones que había aplazado.

En la figura 7, se encuentra que, durante la fase A, el promedio de consumo durante las cinco semanas fue de 19 gramos (1.5 cervezas diarias, aproximadamente), con un

total de tiempo invertido de 3.7 horas (0.5 horas diarias, en promedio). En la fase B, se observa una disminución en la cantidad ingerida, con un promedio de 12 gramos durante las cuatro semanas, lo que equivale a una cerveza diaria aproximadamente. También, se presentó una disminución del tiempo invertido, con un total de 2.9 horas (0.3 horas diarias, en promedio). Para la fase de retirada, este participante presentó un promedio de consumo de 10 gramos (tres cuartos de cerveza diarios, aproximadamente), con un tiempo total invertido de 2.2 horas (0.1 horas diarias). Para la fase BC, el consumo disminuyó a 5 gramos, en promedio (1 tercio de cerveza diaria) durante las cinco semanas de la fase, manteniendo un tiempo invertido de 2.2. En el seguimiento, se reportó un consumo de 5 gramos en promedio, con un total de 2.5 horas (0.2 horas diarias, aproximadamente), lo que indica que se mantuvo la disminución de la cantidad ingerida.

Caso 3

A continuación, se presentan los datos tomados de los auto-registros realizados por el participante de 42 años, donde se evidencia la frecuencia de consumo de alcohol en días por semana, durante las diferentes fases del estudio.



Figura 7. En el panel superior, gramos de alcohol ingeridos por día, durante las diferentes fases del estudio. En el panel inferior, tiempo en horas por día, invertidas en el consumo de alcohol, durante las diferentes fases del estudio, en el caso 2.

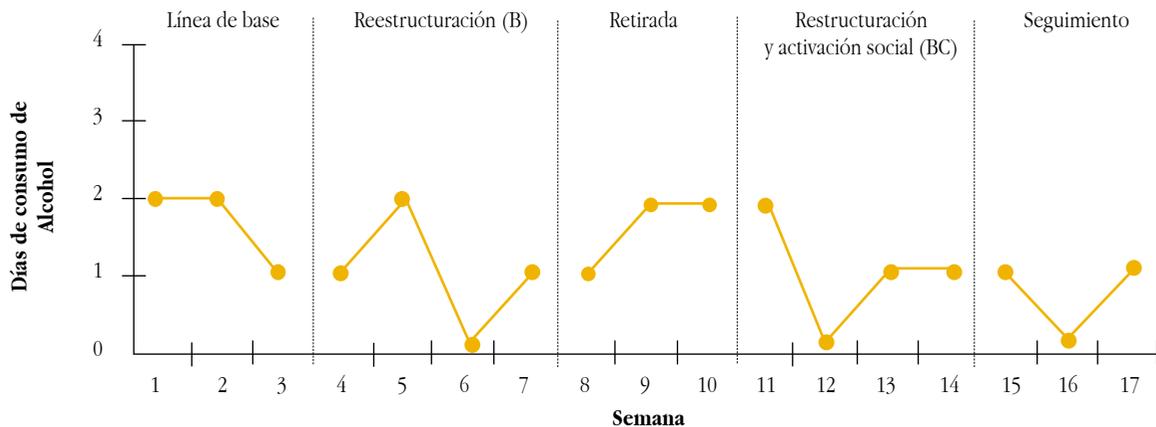


Figura 8. Frecuencia de la conducta de consumo de alcohol en días por semana en las diferentes fases del estudio.

En la figura 8, se identifica que, durante la fase inicial, el participante presentó una frecuencia de consumo de una o dos veces por semana. Para la fase inicial de tratamiento (B), se evidencia una frecuencia variable de consumo por semana de 0 a 2 ocasiones. En la fase de retirada, el reporte indicó una frecuencia de consumo igual a la presentada en la fase inicial. En la segunda fase de intervención (BC), se evidencia una leve disminución de la frecuencia de consumo, la cual se mantuvo en la fase de seguimiento.

En la figura 9, se indican los días de la semana cuando se presentó la ingesta de alcohol en las fases donde no se implementó el tratamiento, días en que se llevó a cabo el compromiso moderado, días en que consumió e incumplió el compromiso y días de consumo, sin que se hubiera establecido ningún compromiso de abstinencia.

En la fase A, se encuentra que el TEC fue de 6 días. En la fase B, se establecieron 6 compromisos con el participante, de los cuales incumplió 2, y presentó un TEC de hasta 14 días, lo que indica un aumento de la conducta de absti-

nencia. En la fase de retirada, se identifica que el TEC fue de 5 días, lo que muestra una disminución en la abstinencia, en comparación con la fase anterior. En la fase BC, no presentó la conducta problema durante 12 días, lo que resulta en un aumento en el TEC, con respecto a la fase anterior. Finalmente, en la fase de seguimiento, el participante reportó 13 días de no consumo continuos, lo que revela que el TEC se mantuvo.

Los compromisos planteados para la fase B fueron: (a) retomar el gimnasio, (b) asignar horarios para las reuniones laborales con el fin de aumentar la productividad, y (c) asistir a las clases virtuales y realizar los trabajos académicos con anticipación. Para la fase BC, los compromisos realizados fueron: (a) contactar amigos que no consumen, (b) asistir al gimnasio en compañía de un amigo (esto aumentaba la probabilidad de asistir), (c) reunirse con los hermanos y distribuir las actividades referentes al cuidado de la madre, y (d) realizar actividades con los compañeros de trabajo con quienes reportó tener buenas relaciones.

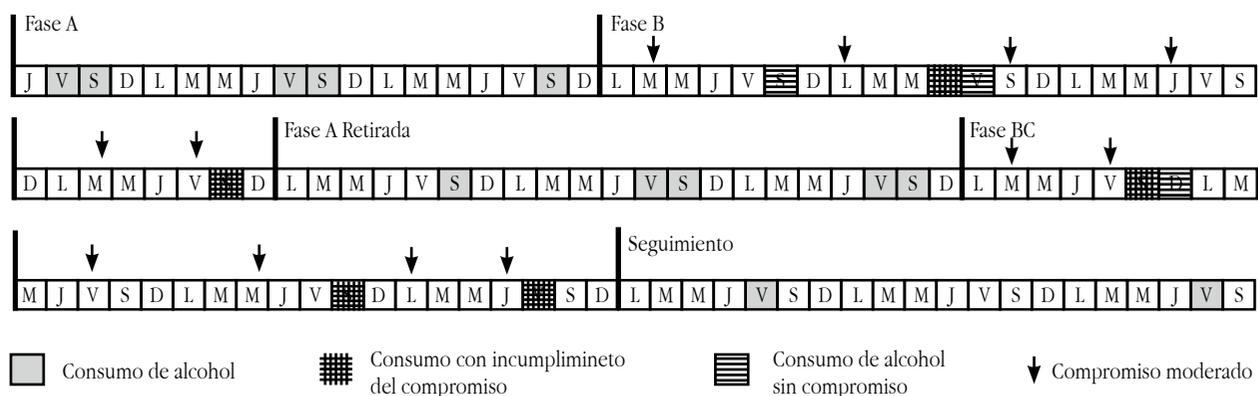


Figura 9. Reestructuración de la conducta a partir del compromiso moderado en el caso 3

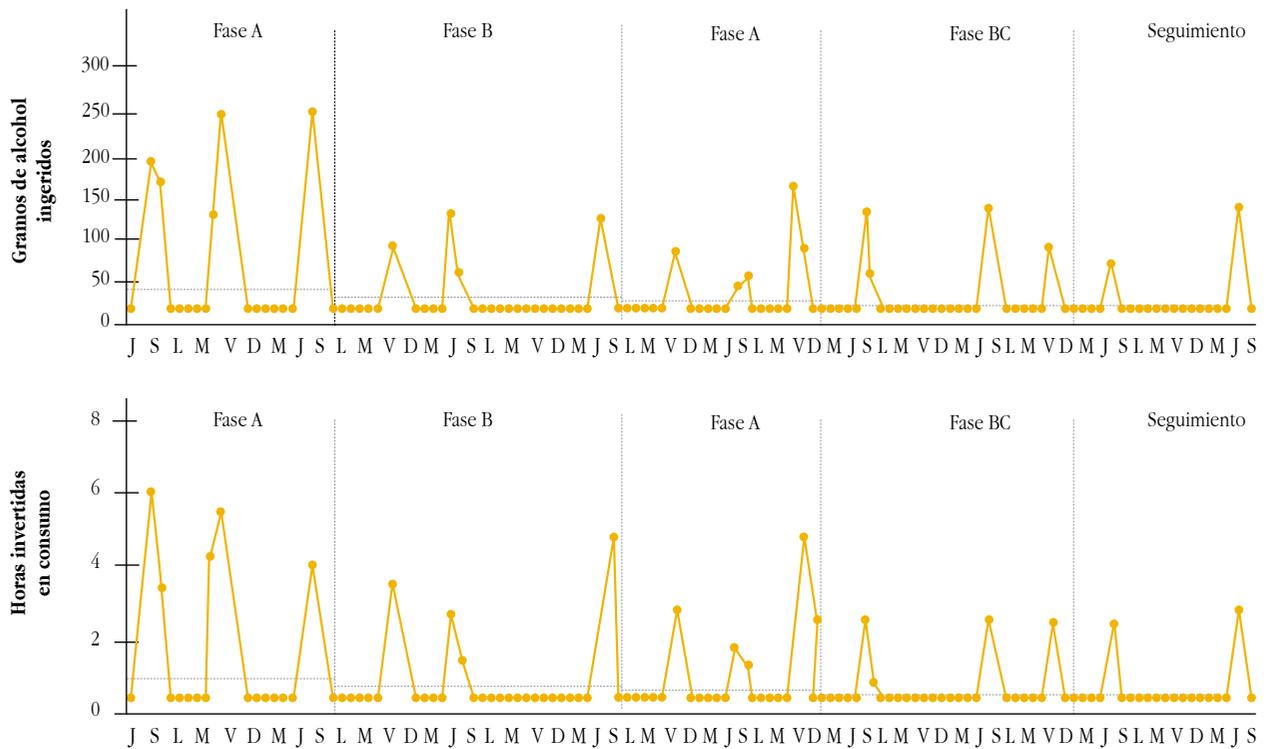


Figura 10. En el panel superior, gramos de alcohol ingerido en días por semana, en las diferentes fases del estudio. En el panel inferior, tiempo en horas por día invertidos en el consumo de alcohol, en las diferentes fases del estudio, en el caso 3.

En la figura 10, se presentan los gramos de alcohol que el participante ingirió durante las diferentes fases del estudio (panel superior) y las horas que invirtió en la conducta de consumo (panel inferior). En la fase A, el participante presentó un consumo promedio de 38 gramos (equivalente a 3.2 cervezas diarias, aproximadamente), invirtiendo un total de 4.5 horas (1.2 horas diarias, en promedio). En B, el consumo fue de 10 gramos, en promedio, lo que equivale a 1 cerveza durante las cuatro semanas de la fase; esto pone en evidencia una disminución en la ingesta si se compara con la fase anterior. El tiempo total invertido fue de 2.7 horas (0.4 horas diarias, en promedio). Para la fase de retirada, el participante consumió 14 gramos de alcohol, en promedio (equivalente a 1.2 cervezas, aproximadamente); para ello, invirtió un total de 2.3 horas, lo que indica un leve aumento, en contraste con la fase anterior. En la fase BC, el promedio de gramos consumidos fue de 10, lo que equivale a 1 cerveza diaria, aproximadamente; y el tiempo total invertido fue de 1.6 horas (0.2 horas diarias, aproximadamente). En el seguimiento, consumió 8 gramos de alcohol, en promedio (media cerveza, aproximadamente) durante las tres semanas de la fase, con un total de 2.5 horas invertidas (0.3 diarias, en promedio). La disminución en la cantidad ingerida se mantuvo, en comparación con la fase inicial del estudio.

Comentarios

A partir de los resultados obtenidos tras implementar los tratamientos, cuyo objetivo era la disminución del consumo de alcohol como resultado de un cambio en el patrón conductual (mediante el incremento en la participación en actividades alternativas), se puede concluir que las técnicas empleadas fueron efectivas. En los tres casos, el reporte de los participantes acerca de la frecuencia de consumo y la cantidad ingerida en gramos de la sustancia, disminuyó en la etapa de seguimiento, en contraste con los registros de la fase de línea de base (A). De igual manera, el reporte acerca de la frecuencia de participación en las actividades alternativas al consumo, indica un incremento a lo largo de las fases del estudio.

La frecuencia de consumo registrada por los tres participantes en la línea de base A, así como la cantidad de alcohol ingerida, se identificaron como un problema de auto control. Según la OMS (2011), los episodios de consumo de más de 60 gramos de alcohol, son considerados una ingesta excesiva de la sustancia: los tres participantes presentaron episodios de consumo de hasta más de 60 gramos durante la fase A.

La técnica de reestructuración de la conducta (fase B) conllevó a una disminución, en términos de la frecuencia de consumo y la cantidad de alcohol ingerido con respecto a la fase inicial, en los tres participantes. El objetivo de la técnica se cumplió, teniendo como resultado Tiempos Entre Consumos (TEC) más amplios, así como un aumento en la frecuencia de la conducta de abstinencia y la aparición de nuevos patrones de comportamiento.

En la fase de retirada del tratamiento, los tres participantes mantuvieron la disminución en la frecuencia y cantidad de alcohol ingerido, en comparación con la línea de base. No obstante, se evidenció un leve aumento en los gramos de alcohol ingeridos, en comparación con la fase B, para los casos 1 y 3. En esta fase, los participantes continuaron su participación en las actividades alternativas iniciadas, debido a que habían adquirido compromisos con terceros (como en el caso del trabajo). Esto, en conjunto con el hecho de que ya habían realizado algún tipo de inversión (tiempo o dinero, por ejemplo), dificultaba más el abandono de la actividad (además, por la ganancia económica), pues no estaban dispuestos a perder (como en el caso del gimnasio, o el inicio de clases, por mencionar algunas).

La implementación de la técnica de activación social, en conjunto con la técnica de reestructuración (BC), demostró ser la más efectiva en los casos 1 y 2, específicamente en términos de disminución de la frecuencia de consumo y los gramos de alcohol ingeridos, en comparación con las fases anteriores. En el caso 3, en la fase BC, el participante reportó el mismo promedio de alcohol ingerido que en la fase B. De esta manera, se puede pensar que las actividades sociales, además de las actividades iniciadas en B, favorecieron la disminución del tiempo invertido en el consumo. En la fase de seguimiento, los tres participantes reportaron una frecuencia de consumo y una cantidad de alcohol ingerida menor a la registrada en la línea de base.

Realizando un traslape entre las técnicas de reestructuración de la conducta y activación social, se encuentra que la activación social, al desarrollar patrones conductuales nuevos basados en la participación en actividades de tipo social, constituye la técnica más efectiva. Lo anterior se puede establecer, teniendo en cuenta la teoría de la adicción relativa. Según esta teoría, es probable que al implementar una técnica que favorezca la generación de patrones nuevos alternativos al consumo, la conducta de ingesta de alcohol disminuya.

En relación con la teoría del autocontrol, se identificó que el consumo de alcohol representa la conducta impulsiva cercana en el tiempo. Así mismo, los comportamientos alternativos al consumo se identificaron como los más valiosos para los participantes (como un buen estado físico, buenas relaciones familiares y de pareja, buenos resultados a nivel laboral y la percepción de una red social más sólida).

Retomando los planteamientos de la teoría del costo enterrado, se identificó que los tres participantes, tras iniciar las actividades alternativas al consumo, no interrumpieron su realización e identificaron como consecuencias negativas la pérdida del tiempo ya invertido, la pérdida de los resultados obtenidos descritos como positivos y la pérdida del dinero invertido.

De esta forma, los resultados del presente estudio son un aporte a la práctica en el contexto de la psicología clínica. Este tipo de investigación puede resultar particularmente relevante en lo que respecta a la intervención de problemas relacionados con el consumo de sustancias, en especial cuando éstos se presenten y se evalúen desde la perspectiva teórica del auto control. La principal limitación del estudio se relaciona con el número de participantes, lo cual no favorece la evaluación de la eficacia del tratamiento de manera generalizada para un tipo de población particular. Así, se considera que es pertinente realizar un nuevo estudio con un mayor número de casos, para evaluar el efecto de las estrategias de intervención en una muestra más representativa.

Referencias

- Ainslie, G. y Monterosso, J. (2003). Building blocks of self-control: increased tolerance for delay with bundled rewards. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 79, 37-48.
- Ariely, D. y Wertenbroch, K. (2002). Procrastination, deadlines and performance: self-control by precommitment. *Psychological Science*, 13, 219-224.
- Arnau, J. (2001). *Diseños de series temporales: técnicas de análisis*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Arkes, H. y Blumer, C. (1985). The psychology of sunk cost. *Organizational Behavior and Human Performance*, 35, 124-140.
- Cano, G., Araque, F. y Cándido, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23, 141-148.

- Cicua, D., Méndez, M. y Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4, 115-134.
- Dixon, M., Hayes, L., Binder, L., Mathey, S., Sigman, C. y Zdanowski, D. (1998). Using self-control training procedure to increase appropriate behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31, 203-210.
- Green, L. y Rachlin, H. (1996). Commitment using punishment. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 65, 593-601.
- Hackenberg, T. & Vaidya, M. (2003). Determinants of pigeons choices in token-based self-control procedures. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 79, 207-218.
- Heather, N. (2003). *Choice, behavioral economics and addiction*. Oxford, UK: Elsevier.
- Hyten, C., Madden, G. y Field, D. (1994). Exchange delays and impulsive choice in adult humans. *Experimental Analysis of Behavior*, 62, 225-233.
- Killen, P. (2009). An additive-utility model of delay discounting. *Psychological Review*, 116, 602-619.
- Logue, A. W., Peña-correal, T., Rodríguez, M. y Kabela, E. (1986). Self-control in adult humans: variation in positive reinforcer and Delay. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 159-173.
- López, F., Martín, I., De la Fuente, I. y Godoy, J. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12, 331-334.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M., y Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15, 127-136.
- Luhmann, C. (2009). Temporal decision-making: insight from cognitive neuroscience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, Article 39.
- Navarro, D. y Fantino, E. (2005). The sunk cost effect in pigeons and humans. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 83, 1-13.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *El consumo nocivo de alcohol*. Recuperado el 2 de marzo de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Piedad, X., Field, D. y Rachlin, H. (2006). The influence of prior choice in current choice. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 85, 3-21.
- Pérez de la Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24, 153-160.
- Plata, T., Córdoba, O. y Clavijo, A. (2009). El efecto de la inversión conductual sobre la persistencia en humanos. *Universitas Psychologica*, 8, 339-352.
- Rachlin, H., y Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 17, 15-22.
- Rachlin, H. (1995). Self-control: beyond commitment. *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 109-159.
- Rachlin, H. (2000). *The science of self-control*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Salazar, I., Varela, M., Cáceres de Rodríguez, D. y Tovar, J. (2006). El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología conductual*, 14, 77-101.
- Siegel, E. y Rachlin, H. (1995). Soft commitment: self-control achieved by response persistence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64, 117-128.
- Vollmer, T., Borrero, J., Lalli, J. y Daniel, D. (1999). Evaluating self-control and impulsivity in children with severe behavior disorders.