

Coloma-Carmona, Aihona; Carballo, Jose L.; García-Rodríguez, Olaya  
INTENCIÓN DE CAMBIO Y BÚSQUEDA DE AYUDA EN BEBEDORES  
PROBLEMÁTICOS

Salud y drogas, vol. 15, núm. 2, 2015, pp. 127-136  
Instituto de Investigación de Drogodependencias  
Alicante, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83941419004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

## **INTENCIÓN DE CAMBIO Y BÚSQUEDA DE AYUDA EN BEBEDORES PROBLEMÁTICOS**

### **WILLINGNESS TO CHANGE AND HELP-SEEKING IN PROBLEM DRINKERS**

Aihona Coloma-Carmona<sup>1</sup>, Jose L. Carballo<sup>1</sup> y Olaya García-Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Psicología Aplicada. Universidad Miguel Hernández, Elche

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo

#### **Abstract**

Alcohol consumption prevalence is high in Spanish population, with a significant percentage of young adults who are problem drinkers. Despite this fact, many people do not seek treatment. Due the lack of research on Spanish population, the aims of this paper are to analyze the prevalence of hazardous drinking in terms of sociodemographic variables and analyze the willingness to change and seek treatment of problem drinkers, according to variables associated with hazardous drinking. A total of 2325 participants, aged between 18 and 70 years, were involved in the study. The 27.6% of them were moderate-risk consumers and the 13.3% were high-risk consumers. Results showed that older problem drinkers have a greater willingness to change and seek help, although there are no differences in these variables in both risk levels of alcohol consumption, which is higher in men. On the other hand, feeling guilt and other's concern about their drinking also seem to be associated with a greater willingness to change and seek help. Future research could deepen the analysis of socio-demographic variables, as well as the reasons to do or do not seek help or change the alcohol consumption.

**Keywords:** *hazardous drinking, willingness to change, help-seeking.*

#### **Resumen**

El consumo de alcohol en España se mantiene en niveles elevados, con un porcentaje importante de adultos jóvenes que son consumidores problemáticos. Sin embargo, son pocos los que reciben tratamiento. Ante la falta de estudios en población española, los objetivos de este estudio son analizar la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en función de variables sociodemográficas y analizar la intención de cambio y de búsqueda de tratamiento en bebedores problemáticos, en función de variables asociadas al consumo de riesgo. Participaron 2325 consumidores de alcohol, de entre 18 y 70 años, realizando el 27,6% un consumo de riesgo moderado y el 13,3% un consumo de alto riesgo. Los resultados muestran una mayor intención de cambio y búsqueda de ayuda en bebedores problemáticos con mayor edad, aunque no existen diferencias en estas variables en ambos niveles de consumo de riesgo, el cuál es mayor en hombres. Además, el sentimiento de culpa y la preocupación de otros por el consumo parecen también estar relacionadas con una mayor intención de cambio y búsqueda de ayuda. Futuros estudios podrían profundizar en las variables sociodemográficas evaluadas, así como en el análisis de razones y barreras para la intención de cambio y búsqueda de ayuda.

**Palabras clave:** *alcohol, consumo problemático, cambio, ayuda.*

Correspondencia: Dr. José Luis Carballo  
Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández,  
Av. De la Universidad, s/n 03202. Elche, Alicante (España),  
e-mail: jcarballo@umh.es

El consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública a nivel europeo y español, siendo una de las principales causas de la carga mundial de enfermedad, con un 5 % de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) atribuibles al consumo de esta sustancia (World Health Organization, 2009).

Aunque durante los últimos 10 años en población española la tendencia de consumo de alcohol ha sido relativamente estable, los porcentaje de consumo durante el último año se mantienen en niveles elevados, cercanos al 80% (Plan Nacional Sobre Drogas, 2015). En esta línea la encuesta EDADES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2015) refleja que un 15% de la población entre los 15 y 64 años ha consumido alcohol en atracón en el último mes, ubicándose las mayores prevalencias de este patrón de consumo en menores de 30 años. Un patrón que, además, se inicia a edades tempranas y se ve favorecido por realidades como el botellón, donde tanto hombres y mujeres con edades inferiores a 25 años consumen hasta el doble de gramos de alcohol estipulados como consumo intensivo (Espejo, Cortés, Martín del Río, & Gómez, 2012).

El consumo de riesgo de alcohol, establecido como una puntuación mayor de 8 en el cuestionario AUDIT (Rubio, Bermejo, Caballero, & Santo-Domingo, 1998), obtiene sus porcentajes más elevados de consumidores en menores de 35 años, siendo mayor también el consumo en hombres (Plan Nacional Sobre Drogas, 2015). Este consumo de riesgo puede a la larga derivar en un trastorno más grave, ya que el alcohol es el factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos, siendo el causante del 5,9% de las defunciones a nivel mundial (World Health Organization, 2014).

Estos datos contrastan con el hecho de que pese a las visibles consecuencias físicas, psicológicas e incluso económicas y sociales derivadas de este consumo, menos del 10% de los bebedores problemáticos que acuden a centros de Atención Primaria reciben algún tipo de intervención por parte de su médico u otros profesionales sanitarios (Anderson et al., 2014; Rehm, Rehm, Shield, Gmel, & Solé, 2013).

Este bajo porcentaje de bebedores problemáticos que recibe tratamiento parece estar asociado a diferentes barreras como la ausencia de conciencia de enfermedad o problemas asociados o la resistencia al cambio (Dols et al., 2007; Wells, Horwood, & Fergusson, 2007). Del

mismo modo, el propio sentimiento de vergüenza o el estigma asociado a la necesidad de recibir tratamiento se han mostrado como fuertes impedimentos a la hora de la búsqueda de ayuda (Wallhed Finn, Bakshi, & Andréasson, 2014), ya que como varios estudios señalan, el rechazo a ser etiquetados como "alcohólicos" es uno de los mayores motivos por los que los bebedores problemáticos no buscan o retrasan el acceso al tratamiento (Carballo et al., 2007; Klingemann & Sobell, 2007; Sobell et al., 2002). En este sentido, la creencia de que el tratamiento persigue la abstinencia total o el deseo de solucionar los problemas con el alcohol por cuenta propia (Wallhed Finn et al., 2014; Wells et al., 2007) es otra de las principales barreras para el acceso al tratamiento.

No obstante, del mismo modo que existen estas barreras, hay una serie de factores que propician el cambio y la búsqueda de ayuda, como pueden ser la presión social, la búsqueda de la mejora de la salud o de las consecuencias sociales negativas relacionadas con el consumo (problemas en el trabajo, con la familia,...) o la propia incapacidad de abandono del consumo (Cunningham, Sobell, Sobell, & Gaskin, 1994; Korcha, Polcin, Kerr, Greenfield, & Bond, 2013; Polcin, Korcha, Greenfield, Bond, & Kerr, 2012; Tucker, Vuchinich, & Rippens, 2004).

Ante esta realidad y debido a la falta de estudios en población española, los objetivos de este estudio son, por una parte, analizar la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en función de variables sociodemográficas y, por otra, analizar la intención de cambio y de búsqueda de tratamiento en bebedores problemáticos, en función de variables asociadas al consumo de riesgo.

## MÉTODO

### Participantes

En este estudio han participado un total de 2325 consumidores de alcohol españoles, con edades comprendidas entre los 18 y 70 años [edad media (DT) = 27,12 (9,18)] y de los cuales el 53,3% (n=1240) eran hombres. Del total de la muestra, el 40,9% (n=951) eran consumidores de riesgo de alcohol, donde el 27,6% (n=642) realizaba un consumo de riesgo moderado y el 13,3% (n=309), a consumo de alto riesgo.

## Variables e instrumentos

Además de las variables sociodemográficas de género y edad se evaluó:

*Consumo problemático de alcohol:* evaluado con el Alcohol Use Disorders Identification Test (Contel, Gual, & Colom, 1999). Este instrumento permite la identificación de un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, evaluando para ello cantidad y frecuencia de consumo, así como las consecuencias del mismo. Consta de 10 ítems con un número de opciones de respuesta que varía de 5 a 3 y, aunque no existe un acuerdo en el número de factores que conforman el cuestionario, los últimos estudios señalan que la estructura de dos factores (consumo de alcohol y consecuencias relacionadas con dicho consumo) es la más adecuada (Doyle, Donovan, & Kivlahan, 2007; Wade, Varker, O'Donnell, & Forbes, 2012).

El rango de puntuaciones es de 0 a 40; donde una puntuación mayor de 8 indica la realización de un consumo de riesgo de alcohol, pudiendo clasificarse éste en: consumo de riesgo moderado, si las puntuaciones se sitúan entre 9 y 15, o alto si son iguales o superiores a 16 (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992). Los análisis de fiabilidad realizados en esta prueba muestran una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90% (Rubio et al., 1998).

*Intención de cambio y de búsqueda de ayuda:* evaluadas a través de dos preguntas con opción de respuesta dicotómica (sí/no): “¿piensas que deberías reducir tu consumo de alcohol?” y “¿has pensado en buscar ayuda para reducir tu consumo de alcohol?”

## Procedimiento

En este estudio descriptivo exploratorio, los sujetos cumplimentaron de manera online el cuestionario AUDIT, a través de la página web de libre acceso “Modera tu consumo de alcohol” (<http://mca.umh.es>), desarrollada específicamente para este estudio. Una vez recibido el feedback de la puntuación obtenida en dicho cuestionario, contestaron a las preguntas de intención de cambio y búsqueda de ayuda en la misma web.

Para la captación de sujetos y difusión de la página web se llevó a cabo una combinación de diferentes estrategias de reclutamiento: noticias, redes sociales y carteles.

*Noticias.* Se publicó una noticia online a través de la Oficina de Comunicación de la Universidad Miguel Hernández donde se explicaba la puesta en marcha de la web y la utilidad de la misma.

*Redes sociales.* Se difundió el enlace de la página web a través de aplicaciones de mensajería instantánea, Twitter y Facebook, acompañado de textos sobre las consecuencias del consumo de alcohol de riesgo y preguntas como “¿sabes si tu consumo de alcohol es de riesgo? Calcúlalo en esta web” o “Valora si realizas un consumo de alcohol de riesgo en este enlace”.

*Carteles.* Se colocaron carteles con información sobre consumo de riesgo de alcohol y sus consecuencias junto con la url de acceso a la web en lugares claves de las ciudades de Alicante y Elche, como centros sanitarios de atención primaria, estaciones de autobús, centros sociales y centros universitarios.

## Análisis de datos

Los datos obtenidos se codificaron y analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS versión 20.0. Se realizaron análisis descriptivos en términos de medias y frecuencias para el análisis de la prevalencia de consumo de riesgo. Se utilizó la prueba chi cuadrado para el estudio de las diferencias en las variables no continuas y la prueba *t* de Student para las variables continuas. El nivel de confianza utilizado fue del 95%. Además, se halló el tamaño del efecto de Cohen para las comparaciones entre grupos, considerando un valor de 0,20 como un tamaño del efecto pequeño, 0,50 medio y 0,80 grande (Cohen, 1988).

## RESULTADOS

Tal y como se observa en la Tabla 1, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes niveles de consumo de riesgo únicamente en la variable género ( $\chi^2=47,12$ ;  $p<.05$ ), siendo mayor el porcentaje de hombres que realizan tanto un consumo de riesgo moderado (CRM), como de alto riesgo (CRA).

Tabla 1. Diferencias en el nivel del consumo de riesgo de alcohol en función del género y la edad (N=951)

	CRM (n=642)	CRA (n=309)	$\chi^2$
Género	% (n)	% (n)	
Hombre	57 (366)	68,6 (212)	11,29*
	Media (DT)	Media (DT)	t
Edad	26,3 (8,11)	25,97 (9,08)	0,56

\*Significativo para  $p<0,05$

Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de CRM y el de CRA, ni en intención de cambio ni en búsqueda de ayuda, como se puede apreciar en la Tabla 2. Sin embargo, se observa una mayor intención de cambio que de búsqueda de ayuda en ambos grupos de consumidores de riesgo.

Tabla 2. Diferencias en intención de cambio y búsqueda de ayuda en función del consumo de riesgo de alcohol (N=951)

	CRM (n=642)	CRA (n=309)	$\chi^2$
	% (n)	% (n)	
Intención de cambio	22,7 (146)	26,5 (82)	1,45
Búsqueda de ayuda	2,6 (17)	3,9 (12)	0,7

En relación a la intención de cambio y de búsqueda de tratamiento en función del género y la edad se encontró, como se muestra en la Tabla 3, que la media de edad es mayor en los consumidores de riesgo que tienen intención de cambiar su consumo de alcohol o que se han planteado la búsqueda de tratamiento ( $p<0,05$ ).

Tabla 3. Diferencias en intención de cambio y búsqueda de ayuda en función del género y la edad (N=951)

	Intención de cambio			Búsqueda de ayuda		
	Sí (n=228)		No (n=723)	Sí (n=29)		No (n=922)
	% (n)	% (n)	$\chi^2$	% (n)	% (n)	$\chi^2$
Hombre	61,4 (140)	60,6 (438)		79,3 (23)	60,2 (555)	
Mujer	38,6 (88)	39,4 (285)	0,021	20,7 (6)	39,8 (367)	3,55
	Media (DT)	Media (DT)	t	Media (DT)	Media (DT)	t
Edad	28,44 (10,17)	25,48 (7,69)	-4,05*	30,76 (11,68)	26,05 (8,29)	-2,16*

\*Significativo para  $p<0,05$

Además, se analizaron también las posibles diferencias en las puntuaciones de cada uno de los ítems del cuestionario AUDIT y en sus dos factores (Consumo de alcohol y Consecuencias del consumo) en relación a la intención de cambio y de búsqueda de tratamiento, con el fin de determinar qué ítems de este cuestionario podrían estar relacionados con la probabilidad de tener intención de cambio y de plantearse la búsqueda de tratamiento. Como muestra la Tabla 4, los sujetos con intención de cambio puntuán más alto en los ítems que evalúan el *sentimiento de culpa tras el consumo* y la *preocupación de otros por el consumo* ( $p<0,05$ ). Mientras

que los sujetos sin intención de cambio puntuán más alto en *consumo matutino* y *lesiones relacionadas con el alcohol* ( $p<0,05$ ). Los valores obtenidos en la *d* de Cohen, muestran un tamaño del efecto pequeño en estas diferencias.

Asimismo, tal y como se presenta en la Tabla 5, aquellos sujetos que se plantean la búsqueda de ayuda para la reducción de su consumo de alcohol puntuán más alto en *frecuencia de consumo*, *pérdida de control sobre el consumo*, *sentimiento de culpa tras el consumo* y *preocupación de otros por el consumo realizado* ( $p<0,05$ ); con un tamaño del efecto moderado en estas diferencias.

Tabla 4. Diferencia de medias (DT) en los ítems y factores del AUDIT en función de la intención de cambio (N=951)

Ítems	Intención de cambio					
	Sí (n=228)	No (n=723)	Media (DT)	Rango	t	d'
1: Frecuencia de consumo	2,84 (0,78)	2,80 (0,80)	0-4	-0,73	0,05	
2: Cantidad típica	1,43 (1,07)	1,59 (1,12)	0-4	1,95	0,15	
3: Frecuencia del consumo elevado	2,45 (0,93)	2,37 (0,88)	0-4	-1,15	0,09	
4: Pérdida de control sobre el consumo	1,48 (1,17)	1,39 (1,26)	0-4	-0,98	0,07	
5: Aumento de la relevancia del consumo	0,73 (0,85)	0,84 (1,03)	0-4	1,60	0,12	
6: Consumo matutino	0,50 (0,95)	0,74 (1,13)	0-4	3,16*	0,23	
7: Sentimiento de culpa tras consumo	1,49 (1,05)	1,24 (1,07)	0-4	-3,08*	0,24	
8: Lagunas de memoria	1,34 (1,02)	1,31 (1,04)	0-4	-0,38	0,03	
9: Lesiones relacionadas con el alcohol	1,10 (1,55)	1,33 (1,67)	0-2	1,98*	0,14	
10: Preocupación de otros por el consumo	1,57 (1,79)	1,15 (1,70)	0-2	-3,14*	0,24	
Factores AUDIT						
Consumo de alcohol	6,71 (1,80)	6,76 (2)	0-12	0,28	0,03	
Consecuencias del consumo	8,21 (4,59)	8 (5,58)	0-28	-0,51	0,04	

\*Significativo para  $p<0,05$

Tabla 5. Diferencia de medias (DT) en los ítems y factores del AUDIT en función de la búsqueda de ayuda (N=951)

Ítems	Búsqueda de ayuda					
	Sí (n=29)	No (n=922)	Media (DT)	Rango	t	d
1: Frecuencia de consumo	3,24 (0,83)	2,80 (0,79)	0-4	-2,98*	0,54	
2: Cantidad típica	1,41 (0,98)	1,55 (1,11)	0-4	0,67	0,13	
3: Frecuencia del consumo elevado	2,62 (1,02)	2,39 (0,89)	0-4	-1,40	0,24	
4: Pérdida de control sobre el consumo	1,93 (1,36)	1,40 (1,23)	0-4	-2,30*	0,41	
5: Aumento de la relevancia del consumo	1,07 (1,16)	0,80 (0,99)	0-4	-1,43	0,25	
6: Consumo matutino	0,90 (1,42)	0,68 (1,08)	0-4	-0,82	0,17	
7: Sentimiento de culpa tras consumo	1,83 (1,37)	1,28 (1,05)	0-4	-2,14*	0,45	
8: Lagunas de memoria	1,24 (1,22)	1,32 (1,03)	0-4	0,42	0,07	
9: Lesiones relacionadas con el alcohol	1,38 (1,78)	1,27 (1,64)	0-2	-0,34	0,06	
10: Preocupación de otros por el consumo	2,28 (1,75)	1,22 (1,72)	0-2	-3,27*	0,61	
Factores AUDIT						
Consumo de alcohol	7,28 (1,94)	6,73 (1,96)	0-12	-1,47	0,28	
Consecuencias del consumo	10,62 (7,11)	7,97 (5,28)	0-28	-1,99	0,42	

\*Significativo para  $p<0,05$ 

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Ante la falta de estudios en población española, los objetivos de este estudio han sido, por una parte, analizar la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en función de variables sociodemográficas y, por otra, analizar la intención de cambio y de búsqueda de tratamiento en bebedores problemáticos, en función de variables asociadas al consumo de riesgo. Los resultados obtenidos muestran, en primer lugar, diferencias estadísticamente significativas en el nivel del consumo de riesgo en función del género, siendo mayor el porcentaje de hombres que realiza un consumo de riesgo tanto moderado como alto. Estos datos concuerdan con los obtenidos en la última Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (Plan Nacional Sobre Drogas, 2015) donde el porcentaje de hombres que realiza un consumo de riesgo

de alcohol (AUDIT>8) en el último año supera al de mujeres, en todos los rangos de edad entre los 15 y 64 años.

Por otro lado, los resultados señalan una baja intención de cambio, menor del 30% tanto en consumidores problemáticos de alto riesgo como en consumidores de riesgo moderado y una baja intención de búsqueda de ayuda, situándose en valores inferiores al 4% en ambos niveles de riesgo. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en estudios previos, donde se muestra que, de aquellas personas que necesitan tratamiento por consumo de alcohol, tan solo el 6,3% lo recibe y más del 90%, ni recibe tratamiento ni considera necesario recibirllo (SAMHSA, 2013).

En este sentido, tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, entre ambos

niveles de consumo de riesgo, en la intención de cambio y de búsqueda de ayuda. Estos podrían estar relacionados con el bajo riesgo percibido en población española sobre el consumo de alcohol, ya que tal y como refleja la última encuesta EDADES, menos de la mitad de los encuestados considera que el consumo de 5 o 6 copas durante los fines de semana pueda generar problemas (Plan Nacional Sobre Drogas, 2015).

Además, el hecho de que sea mayor la intención de cambio que la de búsqueda de ayuda podría deberse a que, como señalan estudios previos, el deseo de realizar cambios por cuenta propia, el miedo a ser etiquetados como "alcohólicos", las bajas expectativas sobre la efectividad del tratamiento o la creencia de que la búsqueda del mismo requiere la total abstinencia del consumo de alcohol, el cual no quiere abandonarse de manera definitiva, actúan como barreras en la búsqueda de tratamiento (Carballo et al., 2007; Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, & Toneatto, 1993; Grant, 1997; Tucker et al., 2004; Wallhed Finn et al., 2014).

Los resultados también señalan que en bebedores problemáticos con intención de cambio y de búsqueda de ayuda la media de edad es significativamente mayor. Teniendo en cuenta que ésta se sitúa en torno a los 30 años, estos resultados son consistentes con aquellos estudios que señalan que, en adultos con edades comprendidas entre los 20 y 40 años, el propio proceso de "maduración" así como la asunción de mayores o nuevas responsabilidades con el paso a la vida adulta (casarse, tener hijos,...) podría mediar en el cambio en el consumo problemático o en la probabilidad de reducir el mismo (Cunningham, Blomqvist, Koski-Jannes, & Cordingley, 2005; Klingemann, 2001; O'Malley, 2004).

Por otro lado, las variables motivacionales externas parecen ser un elemento clave a la hora de determinar la intención de cambio y de búsqueda de ayuda, ya que la preocupación de otros por el consumo realizado es significativamente mayor en aquellos que sí la tienen. Esto concuerda con las conclusiones derivadas de otros estudios donde se observa que la presión social (ya sea por parte de familiares/amigos o instituciones) es un aspecto que se da en la mayoría de los que buscan tratamiento, siendo una de las principales razones para la búsqueda del mismo (Cunningham et al., 1994; Korcha et al., 2013; Polcin et al., 2012). Además, los resultados obtenidos en relación a la mayor frecuencia de consumo y pérdida de control, así como el sentimiento de culpa,

concuerdan con los de otros estudios donde el frecuente consumo elevado de alcohol y las consecuencias negativas asociadas al mismo están relacionados con la búsqueda de ayuda (Korcha et al., 2013).

Aun así los hallazgos obtenidos muestran que hay un porcentaje de bebedores problemáticos que, pese a tener un perfil más grave de consumo de alcohol, tienen una menor predisposición al cambio. Esto es coherente con los resultados de otros estudios donde la negación de un consumo problemático o la no intención de realizar cambios en el patrón de consumo se menciona como una característica propia de aquellas personas a los que se le detecta un consumo problemático o dependencia de alcohol, actuando como barreras para la búsqueda de tratamiento o inicio de cambios (Aira, Kauhanen, Larivaara, & Rautio, 2003; Arborelius & Damström Thakker, 1995; Beich, Gannik, & Malterud, 2002; Grant, 1997; Morse & Flavin, 1992; Wells et al., 2007). En este sentido, la negación es un factor cognitivo en los pacientes con dependencia teniendo un papel defensivo para éstos, tal y como referencian Sawayama et al. (2012), pudiendo ser a su vez un indicador de falta de motivación para el cambio (Miller, 1983). Por lo tanto, es necesario continuar con el estudio de las barreras para la búsqueda de ayuda, así como, el desarrollo de estrategias que aumenten la motivación para el cambio en la población de consumidores de alcohol.

Este estudio ha contado con una serie de limitaciones a tener en cuenta en el desarrollo de futuras investigaciones. La cumplimentación de los instrumentos de manera online, aunque permite contar con un mayor tamaño muestral, siendo ésta más representativa para la posterior generalización de resultados, presenta también una serie de inconvenientes. En primer lugar, aunque se ha contado con el registro de las IPs para evitar el duplicado de datos, no ha sido posible controlar la cumplimentación del cuestionario por un solo sujeto desde diferentes ordenadores. Tampoco ha sido posible el contraste de los datos obtenidos con, por ejemplo, informes de terceros. Del mismo modo que tampoco se ha podido controlar las limitaciones propias del uso de autoinformes en la evaluación del consumo de sustancias, como por ejemplo la deseabilidad social.

De cara a futuras investigaciones sería recomendable la ampliación de las variables sociodemográficas evaluadas, incluyendo otras como el estado civil o situación laboral, así como el análisis de las razones para

el cambio o las posibles barreras existentes en la búsqueda de ayuda. Por otro lado, a la vista de los resultados parece importante la incorporación de estrategias para el aumento de la motivación para el cambio en el desarrollo de programas de intervención, ya que como han demostrado otros autores, éstas son útiles no solo para aumentar la probabilidad de búsqueda de ayuda sino también para el cumplimiento del tratamiento y mantenimiento a largo plazo de los cambios realizados (Adamson & Sellman, 2008; Cook, Heather, & McCambridge, 2015; DiClemente, Bellino, & Neavins, 1999). Asimismo, debe plantearse el trabajo con familiares o allegados del paciente dentro de estos programas puesto que, como demuestran estudios previos, pueden ser un elemento motivador para el acceso al tratamiento, así como claves en la mejora de los resultados obtenidos durante y tras el tratamiento (Nattala, Leung, Nagarajaiah, & Murthy, 2010; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003; O'Farrell, Murphy, Alter, & Fals-Stewart, 2008). Del mismo modo, se debería de impulsar y fomentar la aplicación de consejo médico o intervención breve por parte de profesionales sanitarios porque, tal y como señala la evidencia, se trata de un tipo de intervención donde el aumento de la motivación para el cambio es uno de los objetivos fundamentales de la misma (Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak, & Monteiro, 2011; Sobell et al., 2002; SAMHSA, 2013).

## REFERENCIAS

- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2008). Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(4), 589-593.
- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., & Rautio, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, 20(3), 270-275.
- Anderson, P., Wojnar, M., Jakubczyk, A., Gual, A., Reynolds, J., Segura, L., ... Kolsek, M. (2014). Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(5), 531-539. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agu043>
- Arborelius, E., & Damström Thakker, K. (1995). Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice*, 12(4), 419-422.
- Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(7369), 870.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L. C., Dum, M., & García-Rodríguez, O. (2007). Natural Recovery from Alcohol and Drug Problems: A Methodological Review of the Literature from 1999 through 2005. En H. Klingemann & L. C. Sobell (Eds.), *Promoting Self-Change From Addictive Behaviors* (pp. 87-101). London: Springer Verlag.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural science* (2.<sup>a</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Contel, M., Gual, A., & Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (audit): traducción y validación del audit al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
- Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015). Posttreatment motivation and alcohol treatment outcome 9 months later: findings from structural equation modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 232-237. <http://doi.org/10.1037/a0037981>
- Cunningham, J. A., Blomqvist, J., Koski-Jannes, A., & Cordingley, J. (2005). Maturing out of drinking problems: perceptions of natural history as a function of severity. *Addiction Research & Theory*, 13(1), 79-84. <http://doi.org/10.1080/16066350512331328131>
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18(3), 347-353.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19(6), 691-696.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 87-92.
- Dols, S. T., Zurián, J. C. V., Infer, A. V., Gras, T. S., Martínez, M. C. H., & Rodrigo, M. J. T. (2007). Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 19(2), 169-179.
- Doyle, S. R., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (2007). The factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 474-479.
- Espejo, B., Cortés, M. T., Martín del Río, B., & Gómez, C. (2012). Perfiles de

## INTENCIÓN DE CAMBIO Y BÚSQUEDA DE AYUDA EN BEBEDORES PROBLEMÁTICOS

- consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Recuperado 22 de mayo de 2015, a partir de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3925](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3925)
- Grant, B. F. (1997). Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(4), 365-371.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Klingemann, H. (2001). Maturing out? *Addiction (Abingdon, England), 96*(10), 1519-1520.
- Klingemann, H., & Sobell, L. C. (Eds.). (2007). *Promoting Self-Change From Addictive Behaviors: Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment*. New York: Springer.
- Korcha, R. A., Polcin, D. L., Kerr, W. C., Greenfield, T. K., & Bond, J. (2013). Pressure and help seeking for alcohol problems: trends and correlates from 1984 to 2005. *Addictive Behaviors, 38*(3), 1740-1746. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.09.009>
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 11*(02), 147-172. <http://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence* (Vol. 2). Rockville (MD): NIAAA.
- Morse, R. M., & Flavin, D. K. (1992). The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. *JAMA, 268*(8), 1012-1014.
- Nattala, P., Leung, K. S., Nagarajaiah, null, & Murthy, P. (2010). Family member involvement in relapse prevention improves alcohol dependence outcomes: a prospective study at an addiction treatment facility in India. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(4), 581-587.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol Abuse. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(1), 121-146. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb00387.x>
- O'Farrell, T. J., Murphy, M., Alter, J., & Fals-Stewart, W. (2008). Brief Family Treatment Intervention to Promote Continuing Care Among
- Alcoholic Patients in Inpatient Detoxification: A Randomized Pilot Study. *Journal of substance abuse treatment, 34*(3), 363-369. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.05.006>
- O'Malley, P. M. (2004). Maturing out of problematic alcohol use. *Alcohol research and Health, 28*, 202-204.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Polcin, D. L., Korcha, R., Greenfield, T. K., Bond, J., & Kerr, W. (2012). Pressure to Reduce Drinking and Reasons for Seeking Treatment. *Contemporary drug problems, 39*(4), 687-714.
- Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G., & Solé, A. G. (2013). Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en España. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, 25*(1), 11-18.
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C., & Santo-Domingo, J. (1998). AUDIT. *Revista Clínica Española, 198*(1), 11-14.
- Sawayama, T., Yoneda, J., Tanaka, K., Shirakawa, N., Sawayama, E., Ikeda, T., ... Miyaoka, H. (2012). The predictive validity of the Drinking-Related Cognitions Scale in alcohol-dependent patients under abstinence-oriented treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7*, 17. <http://doi.org/10.1186/1747-597X-7-17>
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., & Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26*(6), 936-948.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). *National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). *Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & Rippens, P. D. (2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(3), 237-242. [http://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00209-5](http://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00209-5)
- Wade, D., Varker, T., O'Donnell, M., & Forbes, D. (2012). Examination of

the latent factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test in two independent trauma patient groups using confirmatory factor analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 123-128.  
<http://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.023>

Wallhed Finn, S., Bakshi, A.-S., & Andréasson, S. (2014). Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Substance Use & Misuse*, 49(6), 762-769.  
<http://doi.org/10.3109/10826084.2014.891616>

Wells, J. E., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2007). Reasons why young adults do or do not seek help for alcohol problems. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12), 1005-1012.  
<http://doi.org/10.1080/00048670701691218>

World Health Organization (Ed.). (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health [2014]*. Geneva: World Health Organization.