

ARTÍCULOS

Validación de la Escala sobre el Deseo de Beber - EDB

Validation of the Desire to Drink Scale - DDS

VICTORIA MONTES GAN¹

BELÉN UROSA SANZ²

GABRIEL RUBIO VALLADOLID³

FÉLIX POYO CALVO⁴

Fecha de Recepción: 30-01-2006

Fecha de Aceptación: 14-09-2006

RESUMEN

Se presenta la validación de la Escala sobre el Deseo de Beber (EDB), instrumento de medida de nueva creación, en una muestra de 126 alcohólicos en distintos tipos de tratamiento de su dependencia. Este instrumento ha reflejado una elevada consistencia interna (α de Cronbach de 0.917). Los factores obtenidos del análisis factorial proporcionan una estructura de contenido que permite realizar una medida holística del constructo. La EDB y los factores que se derivan de ella correlacionan de forma alta, significativa y positiva con la Escala de la Intensidad de la Dependencia Alcohólica (EIDA) y sus subescalas. Por todo ello podemos decir que este instrumento posee condiciones adecuadas para su uso en la medida del constructo "deseo de beber" y gran aplicabilidad en el ámbito clínico y de investigación.

¹ Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad P. Comillas Madrid.

² Departamento de Educación, Métodos de Investigación y Evaluación. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad P. Comillas Madrid.

³ Colaborador Honorario del Departamento de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Retiro de Madrid.

⁴ Coordinador de las Unidades de Desintoxicación y Deshabitación alcohólica del Hospital Psiquiátrico de Madrid.

ABSTRACT

The validation of the Desire to Drink Scale (DDS) is presented. This original version of the instrument has been applied to a sample of 126 alcoholics participating in different programs designed to treat their alcohol dependence. Cronbach's alpha scores suggest a high internal consistency ($\alpha = 0.917$). Factor analysis reveals the presence of different factors, providing a content structure that allows us to make a global measurement of the construct. Correlation between DDS (and its factors) and the Intensity of Alcohol Dependence (IADS) (and associated scales) is significantly high. We can therefore conclude that this new instrument is adequate for clinical and research purposes since it provides a good measure of the desire-to-drink construct.

PALABRAS CLAVE

Deseo, craving, Priming, Alcoholismo, Dependencia del alcohol, Evaluación, Fiabilidad, Validez.

KEY WORDS

Desire, Craving, Priming, Alcoholism, Alcohol dependence, Evaluation, Internal consistency, Validity, Scale.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es una patología muy compleja en la que influyen diversos factores a lo largo de todo el proceso adictivo, desde su aparición y mantenimiento, hasta las recaídas tras largos periodos de abstinencia.

Por ello, es fundamental llevar a cabo una anamnesia correcta y una exploración clínica adecuada para la consecución de su diagnóstico, resultando de gran ayuda la realización de evaluaciones complementarias de otros aspectos relevantes en esta patología que puedan serle útiles al clínico para entender su adquisición y desarrollo, así como a la hora de establecer estrategias terapéuticas individualizadas que permitan prolongar la abstinencia el mayor tiempo posible.

Entre los parámetros más frecuentemente considerados están la gravedad de la dependencia, el síndrome de abstinencia o el deseo de beber (Sáiz, G.-Portilla, Paredes, Bascarán y Bobes, 2002; Jiménez, Monasor y Rubio, 2003).

El deseo de beber es un elemento nuclear del síndrome de dependencia al alcohol. Es un constructo que engloba dos dimensiones, ambas con un deseo subyacente ante el que el sujeto claudica, pero de características fenomenológicas claramente diferentes (Rubio, Ponce, Jiménez-Arriero y Santo-Domingo, 1999). Por un lado, el fenómeno de la “incapacidad para la abstinencia”, “ansia de beber” o

“*craving*”, desencadenado por la aparición del deseo de forma espontánea antes de iniciarse el consumo. Por otro lado, la “incapacidad para parar de beber”, “pérdida de control” o “*priming*”, caracterizado por la aparición de un intenso deseo de beber una vez iniciado éste.

Ambos fenómenos se encuentran incluidos entre los criterios diagnósticos sobre la dependencia y el abuso de sustancias psicoactivas, tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría como en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.

En los últimos años se han realizado un gran número de investigaciones que han permitido incrementar el conocimiento sobre el deseo de beber y comprender mejor el papel central que desempeña en los trastornos adictivos y en las recaídas, lo que ha llevado al desarrollo de diferentes modelos teóricos explicativos del constructo desde perspectivas muy diversas: biológicas, psicobiológicas y psicosociales.

Las aportaciones que estas investigaciones han realizado resaltan la importancia decisiva de este constructo en la transición de consumo controlado a dependencia (Robinson y Berridge, 2000, 2003), en los mecanismos que subyacen a las recaídas (Monti, Rohsenow y Hutchison, 2000; Anton, 1999,

2000; Larimer, Palmer y Marlatt, 1999; Witkiewitz y Marlatt, 2004) y en el tratamiento del alcoholismo (Drummond, 2000; Flannery, Roberts, Cooney, Swift, Antón y Rohsenow, 2001; Myrick, Anton, Li, Henderson, Drobos, Voronin y George, 2004).

Las revisiones más relevantes de los diferentes modelos explicativos del deseo de beber han sido realizadas por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) en 1999 en su publicación *Alcohol Research and Health*, 23 (3) y por la revista *Addiction* en el año 2000, publicando un número monográfico sobre el tema (*Addiction*, 95, Supplement 2).

Inicialmente los modelos teóricos propuestos estaban basados en aspectos parciales del constructo, tales como el condicionamiento (Littleton, 2000; Drummond, 2000; Antón, 1999), la motivación (Baker et al. 1987; Robinson y Berridge, 2003), procesos cognitivos (Larimer, Palmer y Marlatt, 1999; Tiffany, 1999) o procesos neuroadaptativos (Niaura, 2000; Robinson y Berridge, 2000, 2003). En los últimos años se plantean modelos integradores desde una perspectiva multidimensional (Flannery et al. 2001; Witkiewitz et al., 2005).

La evaluación del deseo de beber es una tarea compleja ya que la diversidad de estímulos y mecanismos que pueden inducirlo se corresponde con experiencias muy variadas en diferentes personas y, además, la experiencia de una

misma persona puede cambiar en función de las circunstancias. Por todo ello, la medida del constructo proporciona informaciones valiosas al clínico acerca del nivel de dependencia global del paciente, de su capacidad para reconocer y controlar estados internos relacionados con el consumo y para predecir el consumo durante el tratamiento (Potgieter, Dekers y Geerlings, 1999; Antón, 1999, 2000; Flannery et al., 2001, 2003; Jiménez, Graña y Rubio, 2002), de cara a la planificación de las estrategias psicoterapéuticas y farmacológicas apropiadas en cada caso.

Los cuestionarios existentes consideran de diferente forma los componentes implicados en el deseo de beber, valorando distintos aspectos del mismo: deseo de experimentar efectos positivos, deseo de evitar emociones negativas o síntomas de abstinencia, deseo e intención de beber, pérdida de control sobre el consumo, preocupación con pensamientos sobre el consumo, etc.

Los más significativos son cuestionarios multidimensionales realizados en la década de los noventa, ya sea en forma de escalas de deseo (Singleton, 1996; Clark, 1994) o de escalas de control (Heather, Tebbutt, Mattick y Zamir, 1993; Rubio, Urosa y Santo-Domingo, 1998). En todo caso, el elemento considerado más ampliamente es el *craving*, casi como único tipo de deseo, mientras el *priming* es evaluado mediante uno o dos ítems, como un deseo de características compulsivas que aparece tras la ingesta (ver tabla 1).

Tabla 1. Instrumentos de evaluación del deseo

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	DIMENSIONES EVALUADAS	Nº DE ÍTEMS	PERIODO EVALUADO
Alcohol Craving Questionnaire: ACQ Singleton et al. 1995	Emotividad Capacidad de ser resuelto Compulsividad Expectativas	47	Momento actual
Desire for Alcohol Questionnaire: DAQ Clark, 1994	Intención de beber Deseo de consumir alcohol Anticipación de expectativas positivas Anticipación de evitación de exp. negativas	36	Momento actual
Impaired Control Scale: ICS Heather et al. 1993	Intentos por controlar el consumo Dificultades para el control Percepción subjetiva de control	25	Últimos 6 meses de consumo
Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica: EIDA Rubio et al., 1998	Síntomas físicos Síntomas psicológicos Conductas para aliviar el síndrome de abstinencia Consumo de alcohol Dificultades para el control Reparación de los síntomas tras la recaída	30	Últimas semanas
Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS Antón et al., 1995	Componente obsesivo Componente compulsivo	14	Últimos 6 meses de consumo

La mayoría de las escalas de deseo derivan del *Questionnaire on Smoking Urges* (QSU) de Tiffany y Drobes (1991), elaborado para medir el deseo de fumar. Entre ellas destacamos dos: el *Alcohol Craving Questionnaire- ACQ* (Singleton et al., 1994, 1996) y el *Desires for Alcohol Questionnaire- DAQ* (Clark et al., 1994, 1996), por ser las que evalúan de forma más completa las posibles dimensiones del constructo.

El ACQ fue desarrollado para determinar los factores incluidos en el deseo por la bebida: emotividad, capacidad de ser resuelto, compulsividad y expectativas. El DAQ está estructurado en cuatro áreas: intención de beber, deseo de consumir alcohol, anticipación de expectati-

vas positivas derivadas del consumo de alcohol y anticipación de evitación de expectativas negativas derivadas del no consumo.

Posteriormente, Love et al. (1998) efectuaron un análisis comparativo entre el ACQ y el DAQ, en el que se ponían de manifiesto ciertas ventajas del DAQ frente al ACQ, tales como tener una estructura que explica una mayor proporción de la varianza, y discriminar mejor entre bebedores excesivos y moderados, y también entre bebedores compulsivos y no-compulsivos. Estos dos instrumentos no han sido adaptados al castellano ni validados para la población española.

En cuanto a las escalas de control hay que destacar la *Impaired*

Control Scale- ICS (Heather et al., 1993, 1998) y la *Subescala de Control de la Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica*- EIDA (Rubio et al., 1998).

El ICS evalúa los intentos por controlar el consumo, las dificultades para el control y la percepción subjetiva de control. La "pérdida de control", *priming*, esta recogida en el apartado de intentos por controlar (intención de beber más lentamente) y en el apartado de la dificultad de controlar (dificultad para parar el consumo una vez que se había iniciado). Se ha comprobado en estudios posteriores su utilidad como predictor de resultado en los tratamientos dirigidos a la abstinencia o a la moderación del consumo (Heather et al., 1998).

El EIDA fue desarrollado a partir de la versión española del Cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica (SADQ) de Stockwell et al. (1994), propuesta por Rubio et al. en 1996, al que añadieron cinco ítems relacionados con la capacidad del sujeto para controlar la ingestión etílica que constituyen la Subescala de Control.

Esta subescala recoge aspectos reforzantes y compulsivos del deseo relacionados con la "sensación de desear beber" y con "la dificultad de parar" mediante dos ítems referidos a la pérdida de control una vez iniciada la ingesta y otros tres relacionados con la capacidad para demostrar el consumo.

En algunos casos también se han

utilizado cuestionarios de sintomatología como la *Obsessive Compulsive Drinking Scale*- OCDS, que fue diseñado por Antón et al. en 1995 para valorar los aspectos obsesivos (preocupación por la bebida) y compulsivos (consumo) relacionados con el consumo del alcohol. Su utilización tiene como propósito el control de los pacientes en tratamiento y la valoración de resultados en ensayos clínicos.

Fue validada en alcohólicos españoles por Rubio y López (1999), pero el estudio factorial de la escala no pudo confirmar la estructura operativa de la variable propuesta por su autor.

Flannery et al. (2001,2003) comprueban que los cuestionarios de recuerdo retrospectivo son mejores predictores del resultado del tratamiento y por lo tanto de mayor utilidad en la clínica. Los cuestionarios ACQ y DAQ realizan la evaluación del deseo en el momento actual, no son de recuerdo retrospectivo.

Potgieter et al. (1999) tras realizar una comparación entre varios instrumentos (OCDS, ACQ, entre otros), los consideran incompletos y plantean la necesidad de un instrumento multidimensional que abarque todos los aspectos implicados en el deseo de beber alcohol, ya que cada uno de los existentes evalúa diferentes periodos y solo algunas de las dimensiones.

Efectivamente el ICS, por ejemplo, evalúa exclusivamente una de las dimensiones del constructo, pér-

dida de control, y el EIDA es una escala desarrollada para medir el grado de dependencia al alcohol, no el deseo de beber.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, el objetivo de esta investigación es la construcción de un instrumento de evaluación del *deseo de beber*, desde una perspectiva multidimensional que incluya todos los factores que a partir de la revisión de los modelos teóricos explicativos y desde la práctica clínica se revelan como fundamentales: deseo e intención de consumir, pérdida de control sobre el consumo, pensamientos e ideas sobre el alcohol, deseo de experimentar efectos positivos o de evitar emociones negativas o síntomas de abstinencia, estados de ánimo, refuerzo social, percepciones de uno mismo frente al alcohol, etc. Se trata así de proporcionar una medida del constructo fiable y válida en nuestro medio para el abordaje comprensivo del paciente alcohólico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Se estudió una muestra no probabilística de 126 pacientes que cumplían criterios de dependencia alcohólica DSM-IV, todos ellos en tratamiento por sus problemas de consumo de alcohol, de los cuales el 51,6% recibían tratamiento ambulatorio en la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital 12 de Octubre de Madrid, el 25,4% esta-

ban ingresados en la Unidad de Alcoholología del Hospital Psiquiátrico de Madrid en desintoxicación y el 23% restante se encontraba ingresado en este mismo Hospital pero en la Unidad de Deshabitua- ción alcohólica.

De los sujetos que participaron en el estudio el 73% eran varones (N = 92) y la edad media era de 43,76 años con una desviación típica de 9,99.

Con respecto a variables relacionadas con la historia de alcohol de los sujetos, la edad media de inicio del consumo habitual fue de 18,40 años con una desviación típica de 4,971, la edad media en la que cumplieron criterios de abuso de consumo de alcohol fue de 26,69 años, con una desviación típica de 9,623 y la edad media en la que cumplieron criterios de dependencia al alcohol fue de 31,88 años, con una desviación típica de 9,645.

El consumo medio diario de alcohol aproximado, previo a la solicitud de tratamiento, era de 190,77 cc de etanol/día. El 64,7% de los sujetos referían deseo persistente de beber y el 62% pérdida de control subjetiva.

Construcción del instrumento

Después de la revisión de la literatura sobre el *deseo de beber* y del análisis de los instrumentos de medida de este constructo elaborados por otros autores (*Alcohol Craving Questionnaire*, ACQ (Singleton,

Henningfield y Tiffany, 1994), el *Desires for Alcohol Questionnaire*, DAQ (Clark et al., 1994) y la *Impaired Control Scale*, ICS (Heather et al. 1993,1998)) y con la pretensión de evaluar el *deseo de beber* desde una perspectiva multidimensional que incluya las dimensiones que se revelan fundamentales desde los modelos teóricos explicativos, se elaboró la primera versión del instrumento que se denominó **Escala sobre el Deseo de Beber- EDB** con la siguiente estructura teórica:

a) Tipos de deseo: *Craving* (incapacidad para la abstinencia) y *Priming* (incapacidad para parar de beber).

b) Intensidad del deseo.

c) Refuerzo: Positivo (lo que le supone de atractivo la bebida al sujeto), Negativo (alivio de los síntomas de abstinencia) y Social.

d) Grado de control sobre el deseo: autoeficacia, autocontrol...

e) Grado de discapacidad e interferencia que genera el deseo (tiempo que se pierde pensando en la bebida, disminución de las salidas o de la relación con los amigos, interferencia en el trabajo o con la familia, etc.).

La formulación de ítems para cada una de las dimensiones referidas en la operativización de la variable fue proporcional a la complejidad de la dimensión que representa, es decir, un número mayor de ítems en las más complejas.

Inicialmente se realizó una batería de 50 ítems, de los que aproximadamente la mitad eran ítems de los tres cuestionarios de estudio, adaptados a las expresiones que utilizamos en nuestro país, y el resto ítems de nueva creación, con la intención de incluir aspectos del mismo no considerados en los instrumentos previos. Una parte de ellos pretendían evaluar el deseo de beber en el momento en el que se producía la medida (actual) y otra parte solicitaba el recuerdo retrospectivo del deseo que sentían los sujetos en sus últimos episodios de bebida.

En primer lugar fueron sometidos al juicio de 5 expertos (equipo de psiquiatras y psicólogos de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital 12 de Octubre de Madrid). Posteriormente fueron administrados a una muestra de 10 pacientes alcohólicos para detectar posibles errores de interpretación o dificultades de comprensión.

Con los datos obtenidos se realizó un análisis exploratorio de cuyos resultados se concretó la estructura definitiva de la *Escala sobre el deseo de beber, EDB*. De esta forma quedó definido el instrumento como una escala tipo Likert compuesta por 30 ítems que describen diferentes situaciones relacionadas con la bebida que podrían haberle pasado durante las últimas semanas en las que el sujeto estaba consumiendo alcohol, eliminándose los ítems que hacían referencia al momento actual por su inadecuado funcionamiento, quizás debido a que los sujetos estaban todos en tratamiento por

sus problemas relacionados con el alcohol. Este resultado va en consonancia con los obtenidos por Flannery et al. (2001,2003).

Las respuestas de los 30 ítems que componen el instrumento se recogen en una escala de frecuencia que puntúa de 1 a 4 (nunca, poco frecuente, muy frecuente y siempre, respectivamente), excepto los ítems 11, 18, 21 y 27, que lo hacen en sentido inverso. Es un instrumento autoaplicado que requiere unos 10 minutos para su realización.

Procedimiento

Con la finalidad de poder analizar la validez de la escala, se seleccionó una medida de la intensidad de la dependencia alcohólica, así como otras variables extraídas de las historias clínicas o de las entrevistas que se mantuvieron con los pacientes.

En concreto, se utilizó la *Escala de la Intensidad de la Dependencia Alcohólica: EIDA* (Rubio et al., 1998), que mide el grado o intensidad de la dependencia que el paciente tiene del alcohol.

Como hemos comentado con anterioridad, esta escala fue desarrollada a partir de la versión española del Cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica (SADQ) de Stockwell et al. (1994) propuesta por Rubio et al. en 1996. Ambos instrumentos muestran un elevado coeficiente de correlación de Pearson ($r=0.97$; $p=0.000$) que,

junto con la elevada consistencia interna y la adecuada correlación entre las distintas secciones con el total de la escala, indicaban que el EIDA es un instrumento válido en nuestro medio y que se ajusta al concepto de dependencia alcohólica (Bobes et al., 2004).

Es un cuestionario autoaplicado que consta de 30 preguntas repartidas en seis subescalas: síntomas físicos (1-5), síntomas psicológicos (6-10), conductas para aliviar el síndrome de abstinencia (11-15), consumo de alcohol (16-20), dificultades para el control (21-25) y reaparición de los síntomas con la recaída (26-30).

El proceso de aplicación de las escalas y la recogida de datos sobre otras variables (historias clínicas y entrevistas) se llevó a cabo simultáneamente en el Hospital Psiquiátrico de Madrid (HPM) y en el Hospital 12 de Octubre, aunque de forma diferente debido a que en el HPM se contó con pacientes ingresados y en el 12 de Octubre eran ambulatorios.

RESULTADOS

El análisis de validación de la escala se llevó a cabo mediante el estudio de sus propiedades psicométricas.

Consistencia Interna

La *Escala sobre el Deseo de Beber-EDB* presentó una elevada

consistencia interna ($\alpha=0.917$), todas las correlaciones ítem-total fueron superiores a 0.30 a excepción del ítem 11, lo que indica que está compuesta por ítems homogéneos.

que la prueba de esfericidad de Bartlett dio como resultado un valor de Chi-cuadrado =1585,640 ($p=0.000$, $gl=435$) y un satisfactorio índice de adecuación muestral ($KMO= 0.825$).

Tabla 2. Datos descriptivos de los ítems y correlaciones ítem-total

Nº ítem	Puntuación media del ítem	Desviación típica	Correlación corregida del ítem con el total de la escala	α si el ítem es eliminado
1	3.04	0.84	0.58	0.91
2	3.19	0.90	0.32	0.91
3	2.99	1.05	0.63	0.91
4	2.41	1.02	0.60	0.91
5	2.87	1.03	0.55	0.91
6	2.26	1.04	0.56	0.91
7	3.07	0.86	0.62	0.91
8	3.07	0.96	0.58	0.91
9	3.05	0.97	0.51	0.91
10	2.34	1.10	0.59	0.91
11	2.94	0.87	0.28	0.91
12	2.24	1.10	0.47	0.91
13	3.14	0.84	0.70	0.91
14	2.45	1.05	0.56	0.91
15	2.79	1.05	0.53	0.91
16	2.31	1.13	0.48	0.91
17	2.87	1.05	0.42	0.91
18	3.01	0.93	0.41	0.91
19	2.31	1.07	0.33	0.91
20	3.09	0.86	0.51	0.91
21	2.48	0.92	0.31	0.91
22	3.03	1.02	0.37	0.91
23	2.75	1.03	0.54	0.91
24	3.10	0.78	0.49	0.91
25	2.66	1.01	0.62	0.91
26	2.06	1.02	0.31	0.91
27	2.84	0.93	0.35	0.91
28	3.10	0.90	0.63	0.91
29	2.96	0.90	0.38	0.91
30	2.33	1.00	0.61	0.91
$\alpha = 0.917$				

Análisis de Componentes Principales

Se verificaron algunas condiciones básicas de aplicación del análisis que confirman que se cuenta con una matriz no identidad, ya

Aplicando el criterio de Kaiser y el Scree Test de Cattell, fueron seleccionados cuatro componentes en la extracción con autovalores iguales o superiores a 1. Se realizó una rotación oblicua (Promax) en el supuesto de que existirían relaciones entre

las diferentes dimensiones del constructo.

Los resultados del análisis factorial indicaron un porcentaje de varianza total explicada del 52,531%. El primer componente explicó el 30,981% de varianza, el segundo el 8,876%, el tercero el 6,526 y el cuarto el 6,149%.

La matriz de configuración resultante del análisis puede analizarse en la tabla 3, así como los coeficientes de consistencia interna de cada componente.

(Puede observarse que los ítems obtienen pesos de magnitud notable en un componente y bajos coeficientes en los restantes. Las comunalidades fueron elevadas superando todas ellas valores de 0.40, indicando que los componentes explican una proporción importante de la varianza de los ítems.

El análisis sustantivo de la configuración nos lleva a identificar una estructura que tiene bastantes similitudes con la planeada en la fase de operativización del constructo. En concreto los bloques de contenido que se contemplaron en la especificación inicial de la medida aparecen en buena parte reflejados en la solución factorial.

El primer factor que está compuesto por los ítems 1, 2, 4, 7, 8, 9, 15, 18, 24 y 28 agrupa los ítems con contenidos referidos a ambos tipos de deseo, *craving* y *priming*, a la vez que a la percepción del

sujeto de su capacidad para controlarlos, es decir, su percepción de *autoeficacia* para controlar su consumo de alcohol. La consistencia interna de este conjunto de ítems fue de $\alpha = 0.866$. El segundo contiene los ítems que reflejan *refuerzo*, tanto positivo como negativo (3, 5, 10, 14, 16, 20, 23, 25, 29 y 30) de la conducta de beber alcohol. La consistencia interna de esta subescala fue de $\alpha = 0.871$. El tercer factor estuvo compuesto por los ítems que definen la *incapacidad para la abstinencia*, reflejando el grado de discapacidad e interferencia que genera éste (6, 11, 13, 21, 22 y 27), su consistencia interna fue de $\alpha = 0.784$; y por último el cuarto recoge los relacionados con el *refuerzo social* (12, 17, 19 y 26), con una consistencia interna de $\alpha = 0.725$.

Como muestran los resultados estamos ante una escala en la que existe una importante dimensión que hemos denominado *autoeficacia* y otros tres factores con buenos resultados en cuanto a su consistencia interna que tienen un poder explicativo menor pero que en su conjunto contemplan la medida multifactorial pretendida. Las relaciones entre los diferentes componentes de la escala puede observarse en la tabla 4.

Como se puede apreciar todos los componentes mostraron coeficientes superiores a 0.30 con el resto de componentes a excepción de la relación entre los componentes *incapacidad hacia la abstinencia* y *refuerzo social*.

Tabla 3. Matriz de componentes rotados del análisis factorial e índices de consistencia interna de los factores

Comp.	ítem	Coef. de saturación			Varianza total exp.
Autoeficacia $\alpha = 0.866$	7: Incluso cuando intentaba tomar solo una o dos copas, terminaba tomando muchas más.	.85			30.981 %
	18: Podía dejar de beber después de una o dos copas.	.77			
	9: Bebía aún sabiendo que después me encontraría fatal.	.77			
	24: En ocasiones, empezaba a beber aún sabiendo que me causaría problemas.	.76			
	28: Sentía una necesidad irresistible de seguir bebiendo una vez que había empezado.	.76			
	2: Bebía aún sabiendo que después me arrepentiría.	.59			
	15: No podía dejar de beber aunque sabía que tendría problemas al volver a casa	.57			
	4: Hacía casi cualquier cosa por una copa.	.5			
Refuerzo positivo y negativo $\alpha = 0.871$	1: Cualquier excusa era buena para tomar una copa.	.40			8.87 %
	8: Me sentía menos nervioso en cuanto tenía una copa en la mano.	.40	.37		
	3: Los problemas cotidianos me parecían menos importantes cuando bebía.		.84		
	23: Beber, hacía que las cosas malas de mi vida parecieran menos malas.		.78		
	29: Al tomar unas copas me relajaba mucho.		.76		
	10: Beber, hacía que las cosas me parecieran perfectas.		.74		
	16: Beber hacía que las cosas buenas de mi vida parecieran aún mejores.		.63		
	25: Incluso los principales problemas de mi vida no me preocupaban si estaba bebiendo.	.339	.61		
	20: Toda mi ansiedad desaparecía completamente al beber.		.60		
	5: Bebía para estar contento, para coger el punto.		.46		
Incap. Abstinencia $\alpha = 0.784$	14: Me sentía menos irritable si tomaba una copa.		.38	.35	6.52 %
	30: Nada era mejor que beber.		.33		
	27: Era fácil no beber cuando yo quería, aunque pudiera hacerlo.			.76	
	22: Resultaba difícil no beber ni un solo día.			.73	
	21: Intentaba no beber durante algún periodo de tiempo.			.72	
	11: Podía dejar de beber cuando me lo proponía.			.68	
R. Social $\alpha = 0.725$	13: Mi deseo de beber podía conmigo.	.341		.52	6.14 %
	6: Interrumpía mis actividades cotidianas para beber.	.392		.47	
	19: Bebía para alternar con los amigos.			.84	
	26: Bebía para divertirme.			.81	
EDB total	17: Qué agradable resultaba beber.			.61	52.53 %
	12: Bebía para relacionarme mejor con la gente.			.43	
$\alpha = 0.917$					

Tabla 4. Matriz de correlaciones de componentes

Componente	1	2	3	4
1	1.00			
2	0.49	1.00		
3	0.47	0.33	1.00	
4	0.34	0.32	0.21	1.00

Método de extracción: Análisis de Componentes principales
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser

Otros análisis de validez

Con la finalidad de obtener una mayor información empírica que permitiera analizar la validez, se incluyeron en la entrevista estructurada dos preguntas cerradas que contestaron los sujetos de la investigación. En concreto se recogió información sobre si los pacientes sentían deseos persistentes de beber (SI/NO) y si tenían o no pérdida de control subjetiva.

Se contrastaron las medias de los subgrupos formados en función de las respuestas a cada una de las preguntas en los diferentes factores y en la puntuación total de la escala. Los datos descriptivos de los grupos, así como los resultados del análisis t de Student y de los tamaños del efecto correspondientes pueden observarse en las tablas 5 y 6.

Los resultados muestran diferencias significativas en todos los con-

Tabla 5. Prueba t de Student para las diferentes dimensiones del EDB en función de si los pacientes sienten deseos persistentes de beber o no

	DESEOS PERSISTENTES	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	F (Levene)	Sig. (F)	t	Sig. (bilateral)	d
Autoeficacia EDB	SI	70	34.33	6.11	0.56	0.45	4.16(**)	0.000	0.85
	NO	36	28.86	6.95					
Refuerzo EDB	SI	73	30.86	6.82	2.00	0.15	2.66(**)	0.009	0.52
	NO	40	27.13	7.67					
Incapacidad abstinencia EDB	SI	73	18.23	3.01	5.05	0.02	6.37(**)	0.000	1.35
	NO	41	13.61	4.06					
Refuerzo social EDB	SI	74	10.01	2.89	1.94	0.16	2.90(**)	0.004	0.57
	NO	40	8.25	3.45					
EDB Total	SI	66	93.27	14.51	1.86	0.17	4.67(**)	0.000	0.98
	NO	35	78.03	17.48					

** La diferencia de medias es estadísticamente significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La diferencia de medias es estadísticamente significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 6. Prueba t de Student para las diferentes dimensiones del EDB en función de si los pacientes tienen o no pérdida de control subjetiva

	PÉRDIDA DE CONTROL SUBJETIVA	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	F (Levene)	Sig. (F)	t	Sig. (bilateral)	d
Autoeficacia EDB	SI	68	34.49	6.44	0.055	0.816	4.22(**)	0.00	0.85
	NO	39	29.08	6.28					
Refuerzo EDB	SI	75	30.76	7.19	0.199	0.657	2.31(*)	0.02	0.46
	NO	39	27.46	7.27					
Incapacidad abstinencia EDB	SI	75	17.48	3.97	0.001	0.978	3.22(**)	0.00	0.63
	NO	40	15.00	3.84					
Refuerzo social EDB	SI	76	9.70	3.28	0.954	0.331	1.31	0.19	0.26
	NO	39	8.87	2.98					
EDB Total	SI	65	92.78	16.47	0.172	0.679	3.78(**)	0.00	0.78
	NO	37	80.19	15.63					

** La diferencia de medias es estadísticamente significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La diferencia de medias es estadísticamente significativa al nivel 0,05 (bilateral).

trastes de medias realizados entre los pacientes que sienten deseos persistentes de beber y los que no, para los distintos factores del deseo recogidos por la escala, como puede observarse, las diferencias fueron de magnitud moderada o alta, destacando las encontradas para los factores *autoeficacia* ($d=0.85$) e *incapacidad para la abstinencia* ($d=1.35$). Por otra parte los análisis aportaron resultados similares entre los pacientes que tenían o no pérdida de control subjetiva, con la excepción del factor *refuerzo social* para el que no se encontró evidencia empírica que avalara diferencias entre ambos grupos. También en este caso las diferencias fueron de magnitudes importantes, destacando la relativa al factor *autoeficacia* ($d=0.85$).

Estos datos, así como los aportados por el análisis de componentes principales, siguen corroborando la adecuada validez de constructo de la escala.

Validez Convergente

Con la finalidad de comprobar la validez convergente de la escala, obtuvimos diferentes coeficientes de correlación con aquellas variables criterio que previamente habíamos seleccionado desde una fundamentación teórica o empírica, a partir de investigaciones previas de otros autores. Como ya hemos comentado, utilizamos como principales variables criterio las que se derivan de la *Escala de la Intensidad*

de la Dependencia Alcohólica, EIDA (Rubio et al. 1998): intensidad de la dependencia, sus síntomas físicos, sus síntomas psicológicos, las conductas para disminuir la sintomatología, el consumo de alcohol, el control sobre el consumo y la reaparición de la sintomatología tras la recaída. Es preciso indicar que las subescalas del EIDA están construidas en base a una agrupación teórica y no empírica de sus ítems; dadas las características de formulación de los mismos sus autores no realizaron análisis factoriales para el análisis de su estructura (Rubio et al., 1998). Otros autores también han encontrado evidencias empíricas sobre la relación existente entre la gravedad en la dependencia y el deseo de beber (White and Staiger, 1991; Franken, 2002).

Las puntuaciones de los sujetos en las subescalas del EIDA se correlacionaron con las puntuaciones obtenidas de las sumas de las puntuaciones directas de los ítems en cada factor de la *Escala sobre el Deseo de Beber* (autoeficacia, refuerzo positivo y negativo, incapacidad para la abstinencia y refuerzo social), así como con la puntuación total de la escala, obteniéndose los resultados que figuran en la Tabla 7.

Como puede observarse todos los componentes de la *Escala sobre el Deseo de Beber* y su puntuación total correlacionaron positiva y significativamente con las puntuaciones de las subescalas de la *Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica*, tal como esperábamos, a excepción del factor *refuerzo*

social que sólo correlacionó significativamente con la puntuación de la subescala de control del EIDA.

Se obtuvieron coeficientes de correlación de Pearson superiores a 0.50 entre el factor *incapacidad para la abstinencia* de la EDB con las subescalas de *síntomas físicos*, *conductas para aliviar el síndrome de abstinencia*, *control* y la puntuación *total* del EIDA; entre el factor *autoeficacia* de la EDB y las subescalas *síntomas psicológicos*, *control* y también la puntuación *total* del EIDA. Además se observaron coeficientes superiores a 0.50 entre el *total* general de la EDB y las subescalas *conductas para aliviar el síndrome de abstinencia* y *control*, así como con la puntuación *total* de la Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica.

Validez predictiva

Por otro lado se realizaron análisis correlacionales (r de Pearson) entre los diferentes factores de la escala de deseo y variables extraídas de la historia clínica de los sujetos: Consumo de alcohol, edad de inicio de consumo habitual, edad en que se cumplieron criterios de abuso y edad en que se cumplieron criterios de dependencia al alcohol, ya que algunos autores encontraron evidencias en sus investigaciones que avallan la relación positiva entre el grado de consumo de alcohol y el deseo de beber (White and Staiger, 1991; Franken 2002) y entre el deseo de beber y los años de duración de la dependencia (Duka et al., 2002). Los

Tabla 7. Correlaciones entre EIDA y EDB

		Síntomas físicos EIDA	Síntomas psicológic. EIDA	Cond. dis. sintomatol. EIDA	Consumo EIDA	Control EIDA	Sintomat. tras rec. EIDA	EIDA Total
Autoeficacia EDB	Correlación de Pearson	,40(**)	,53(**)	,44(**)	,37(**)	,57(**)	,38(**)	,56(**)
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	103	105	106	105	105	101	96
Refuerzo EDB	Correlación de Pearson	,36(**)	,34(**)	,40(**)	,22(*)	,36(**)	,35(**)	,42(**)
	Sig. (bilateral)	,00	,000	,00	,015	,00	,00	,00
	N	113	115	116	115	115	109	104
Incapacidad abstinencia EDB	Correlación de Pearson	,55(**)	,48(**)	,60(**)	,45(**)	,54(**)	,48(**)	,64(**)
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	112	114	115	114	114	110	105
Refuerzo social EDB	Correlación de Pearson	,00	-,02	,08	,15	,32(**)	,11	,12
	Sig. (bilateral)	,98	,81	,34	,09	,00	,26	,22
	N	111	113	114	113	113	107	102
EDB Total	Correlación de Pearson	,44(**)	,47(**)	,50(**)	,37(**)	,56(**)	,43(**)	,57(**)
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	99	101	102	101	101	98	93

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

resultados de estos análisis pueden observarse en la tabla 8.

Las correlaciones entre grado de consumo y los diferentes factores del EDB fueron positivas y significativas con la excepción de las relativas a los dos factores de *refuerzo* (positivo y negativo) y *refuerzo social*. En cuanto a las variables relacionadas con la duración o la historia de la dependencia se obtuvieron correlaciones negativas y significativas con todos los factores a excepción del *refuerzo* (positivo y negativo). Por tanto, los sujetos que

refieren un mayor nivel de deseo, también indican un mayor nivel de consumo, así como edades tempranas en el inicio del consumo, abuso y dependencia del alcohol. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por Rubio et al. (1999). La mayoría de estos coeficientes apoyan la utilidad de la *Escala sobre el Deseo de Beber*, para el análisis del consumo y la predicción de su evolución en sujetos con problemas de abuso de alcohol que permitiría utilizarla para abordar intervenciones clínicas individualizadas.

Tabla 8. Correlaciones entre EDB y otras variables de la Historia de Alcohol

		EDAD INICIO CONSUMO HABITUAL	EDAD CRITERIOS ABUSO	EDAD CRITERIOS DEPENDENCIA	CONSUMO ALCOHOL APROXIMADO
Autoeficacia EDB	Correlación de Pearson	-,41(**)	-,34(**)	-,37(**)	,31(**)
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00	,01
	N	10	10	10	107
Refuerzo EDB	Correlación de Pearson	-,18	-,09	-,12	,12
	Sig. (bilateral)	,05	,32	,18	,18
	N	115	115	108	116
Incapacidad abstinencia EDB	Correlación de Pearson	-,22(*)	-,28(**)	-,28(**)	,27(**)
	Sig. (bilateral)	,015	,00	,00	,00
	N	116	116	109	116
Refuerzo social EDB	Correlación de Pearson	-,210(*)	-,30(**)	-,37(**)	,15
	Sig. (bilateral)	,024	,00	,00	,09
	N	115	115	108	116
EDB Total	Correlación de Pearson	-,34(**)	-,29(**)	-,35(**)	,31(**)
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00	,00
	N	102	101	95	102

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos al realizar los análisis de validación de la escala, y a la vista de sus características psicométricas, podemos concluir que la EDB posee condiciones adecuadas para su uso en la medida del constructo “deseo de beber”. Su aplicación resulta sencilla y rápida, solicita del paciente el recuerdo retrospectivo del deseo que sentía en sus últimos episodios de bebida y su estructura multifactorial se ajusta a los estudios, tanto teóricos como empíricos, realizados en los últimos años.

De dichos resultados se extrae que esta escala posee una adecuada consistencia interna tanto general como para las diferentes subescalas que la componen. Además, la solución factorial resultante del análisis factorial realizado se corresponde bastante fielmente a la operativización propuesta, lo que nos indica una adecuada aproximación a la medida del constructo. Es preciso resaltar que, a pesar de la obtención de una medida multifactorial, el factor *autoeficacia* para controlar el consumo de alcohol tiene un poder explicativo muy superior al resto de los factores (*refuerzo positivo* y

negativo, incapacidad para la abstinencia y refuerzo social).

Los análisis comparativos de los grupos, configurados a través de las respuestas a dos de las preguntas realizadas a los pacientes sobre si sentían o no *deseos de beber* y la percepción de *pérdida de control subjetiva* sobre la bebida, avalan a su vez la medida adecuada del constructo, ya que todas las diferencias fueron significativas y de magnitud moderada o alta para el total y los diferentes factores de la escala, a excepción de la subescala *refuerzo social*, donde no se encontró evidencia empírica que indicara puntuaciones distintas entre aquellos que declararon pérdida de control subjetiva sobre los que no lo hicieron.

Los análisis efectuados de validez convergente, utilizando como variable criterio la intensidad de la dependencia, aportaron resultados favorables con coeficientes de correlación de Pearson significativos, a excepción -de nuevo- del factor *refuerzo social* que sólo correlacionó significativamente con la subescala *control* del EIDA.

Además, se obtuvieron adecuados coeficientes de correlación entre los diferentes componentes de la escala y el *grado de consumo*, a excepción de los obtenidos con los factores relacionados con el refuerzo (*refuerzo positivo y negativo y refuerzo social*). Los coeficientes que correlacionaban el deseo (y sus diferentes factores) con las variables referidas a la historia de

alcohol de los sujetos fueron también significativos y negativos, en este caso a excepción de los obtenidos para el *refuerzo positivo y negativo*. Estos resultados, son consistentes con los obtenidos por otros investigadores (White and Staiger, 1991; Heather et al., 1998; Rubio et al., 1999; Franken, 2002 y Duka et al., 2002) y de gran interés por su utilidad práctica en los tratamientos, ya que muestran un mayor deseo en aquellos sujetos que tenían un mayor nivel de consumo e iniciaron en edades tempranas su relación con el abuso de alcohol.

De todas las dimensiones medidas en la escala destaca como fundamental la relativa a la medida de la *autoeficacia* para el control del consumo, por ser la que mayor poder explicativo posee, así como la que obtuvo mejores resultados en las correlaciones con otras variables. Resultados también adecuados los hemos encontrado en el factor *incapacidad para la abstinencia*.

Sin embargo, como hemos podido observar, muchos de los resultados muestran un funcionamiento no del todo adecuado de la subescala *refuerzo social*; por lo que, sería recomendable una futura modificación de la escala que permitiera una redefinición de ésta subescala para poder realizar una medida más completa de la dimensión *refuerzo* sobre el deseo de beber.

Además, para poder evaluar de forma más adecuada el poder predictivo del constructo sobre la

ausencia o moderación del consumo futuro de alcohol, sería necesario realizar un seguimiento de los pacientes que han participado en el estudio recogiendo mayor información sobre la evolución de la dependencia: recaídas y grado de consumo en diferentes momentos del tratamiento.

A pesar de estas observaciones, los adecuados resultados globales de esta escala, nos llevan a concluir que es aplicable para la medida del constructo *deseo de beber* en el tratamiento de pacientes alcohólicos, lo que permitiría adecuar los tratamientos a las circunstancias específicas del paciente.

REFERENCIAS

- Anton, R. F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health*, 23 (3), 165-173.
- Anton, R. F. (2000). Obsessive-compulsive aspects of craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Addiction*, 95 (2), 211-217.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DMS-IV)*. Cuarta edición. Barcelona: Masson S.A.
- Baker; T.B., Morse, E., Sherman, J.E. (1987). The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges. En: Rivers PC (Ed). *The Nebraska Symposium on Motivation: alcohol use and abuse*. Lincoln. *University of Nebraska Press*, 257-323.
- Bobes, J., G^a- Portilla, M.P., Bascarón, M.T., Sáiz, P.A., Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 3^a Ed. Barcelona. Ars Medica/ Psiquiatría Editores, S.L.
- Clark, D. (1994). Craving for alcohol. *Journal of Psychopharmacology*, 9: 73.
- Drummond, C. (2000) What does cue-reactivity have to offer clinical research. *Addiction*, 95 (2), 129-144.
- Duka, T., Townshend, J.M., Collier, K. and Stephens, D.N. (2002) Kindling of withdrawal: a study of craving and anxiety after multiple detoxifications in alcoholic inpatients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26 (6), 785-795.
- Flannery, B., Roberts, A., Cooney, N., Swift, R., Anton, R., Rohsenow, D. (2001). The role of craving in alcohol use, dependence and treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (2), 299-308.
- Flannery, B.A., Poole, S.A., Gallop, R.J. y Volpicelli, J.R. (2003). Alcohol craving predicts drinking during treatment: An analysis of three assessment instruments. *Journal of Studies on Alcohol*, 64 (1), 120-126.

- Franken, I. (2002). Behavioural Approach System (BAS) sensitivity predicts alcohol craving. *Personality and Individual Differences*, 32 (2), 349-355.
- Heather, N., Tebbutt, J.S., Mattick, R.P. y Zamir, R. (1993). Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption: a preliminary report. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 700-709.
- Heather, N., Booth, P. y Luce, A. (1998). Impaired Control Scale: cross-validation and relationships with treatment outcome. *Addiction*, 93, 761-771.
- Jiménez, M., Graña, J.L. y Rubio, G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Trastornos Adictivos*, 4, 209-215.
- Jiménez, M., Monasor, R. y Rubio, G. (2003). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Trastornos adictivos*, 5(1), 13-21.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S. y Marlatt, A. (1999). Relapse Prevention. An overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol research and Health*, 23 (2), 151-160.
- Littleton, J. (2000). Can craving be modelled in animals? The relapse prevention perspective. *Addiction*, 95 (2), 83-90.
- Love, A., James, D. y Willner, P. (1998). A comparison of two alcohol craving questionnaires. *Addiction*, 93, 1091-1102.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J. y Hutchinson K. E. (2000). Toward bridging the gap between biological, psychobiological and psychosocial models of alcohol craving. *Addiction*, 95 (2), 229-236.
- Myrick, H., Anton, R.F., Li, X., Henderson, S., Drobos, D., Voronin, K. y George, M.S. (2004). Differential brain activity in alcoholics and social drinkers to alcohol cues: Relationship to craving. *Neuropsychopharmacology*, 29 (2), 393-402.
- Niaura, R. (2000). Cognitive Social Learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, 95 (2), 155-163
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Potgieter, A.S., Deckers, F. y Geerlings, P. (1999). Craving and relapse measurement in alcoholism. *Alcohol and alcoholism*, 34 (2), 254-260.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*, 95 (2), 91-118.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rubio, G., Urosa, B., Rubio, M.C., Ulibarri, S. y Mata, F. (1996). Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica en población española. *Anales de Psiquiatría*, 12, 385-389.
- Rubio, G., Urosa, B. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la Escala de intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*, (1) 5, 44-47.
- Rubio, G., Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A. y Santo-Domingo, J. (1999). La pérdida de control en la dependencia alcohólica: Conceptualización. *Adicciones*, 11 (2).
- Rubio, G. y López, M. (1999). Validación del cuestionario sobre los componentes

obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. *Adicciones*, 11, 7-16.

Sáiz, P.A., G^a-Portilla, M^a P., Paredes, M^a B., Bascarán, M^a T. y Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14 (1), 387-403.

Singleton, E.G., Henningfield, J.E. y Tiffany, S. (1994). Alcohol Craving Questionnaire: ACQ-Now: background and administration manual. Baltimore: NIDA Addiction Research Centre.

Tiffany, S.T. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research and Health*, 23 (3), 215-224.

Tiffany, S.T. y Conklin, C.A. (2000). A cog-

nitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95 (2), 145-153.

White, J.M. and Staiger, P.K. (1991). Response to alcohol cues as a function of consumption level. *Drug and Alcohol Dependence*, 27 (2), 191-195.

Witkiewitz, K. y Marlatt, A.G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224-235.

Witkiewitz, K., Marlatt, A.G. y Walker, D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (3), 211-228.