



**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES,
ÁREA: PSICOLOGÍA**

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**“CONSEJO BREVE PARA JÓVENES UNIVERSITARIOS
QUE PRESENTAN PROBLEMAS POR SU CONSUMO
EXCESIVO DE ALCOHOL”.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO MAESTRA EN CIENCIAS
PRESENTA**

CLAUDIA FABIOLA FLORES DE LA ROSA.

COMITÉ TUTORAL:

TUTORA: DRA. MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA.

DRA. KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

MTRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO.

DR. DANIEL GUTIÉRREZ CASTORENA
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANIDADES
P R E S E N T E:


Por medio del presente, hacemos de su conocimiento que la Lic. Claudia Fabiola Flores de la Rosa, egresada de la MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES ha presentado la integración final de su Proyecto Terminal titulado "Consejo Breve para Jóvenes Universitarios que Presentan Problemas por su Consumo Excesivo de Alcohol".

El Proyecto Terminal en su función de trabajo recepcional, incorpora los elementos teóricos y metodológicos requeridos para su construcción y su aplicación práctica, así con la presentación formal de acuerdo con lo establecido en la "Normatividad para entrega de tesis" institucional, cumpliendo con los criterios que le permiten ser defendida en el examen de grado reglamentario, dando paso al procedimiento de los trámites correspondientes.


Atentamente


"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., 08 de Diciembre de 2008.


Dra. Martha Leticia Salazar Garza.

Tutora


Dra. Kalina Isela Martínez Martínez.
Lectora


Mtra. Jennifer Lira Mandujano.
Lectora

c.c.p. Archivo Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres por el apoyo incondicional y por ser el claro ejemplo de lucha, honestidad y amor a la vida, y por darme la oportunidad de llegar a ser quién soy, gracias por todo, los quiero.

A ti abuelito Manuel en donde quiera que estés, por ser un ejemplo de tenacidad y coraje para triunfar en la vida.

A ti abuelita Luz por enseñarme a tener fortaleza ante las adversidades que la vida nos presenta.

A ti Mari Fer, en donde quiera que estés, por enseñarme a luchar por la vida, enfrentando todos los obstáculos que tu enfermedad te presentó, te quiero mucho.

Agradecimiento

A Dios por darme la oportunidad de realizar uno de mis mayores anhelos, por ser mi principal y mejor guía y confidente en mi vida, gracias.

Agradezco a la Dra. Martha Leticia Salar Garza por ser mi tutora, mi maestra, por sus valiosas aportaciones tanto a nivel teórico como metodológico, así como por su gran calidad humana.

Agradezco a mi comité tutorial, a la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez y a la Mtra. Jennifer de Lira Mandujano, por su apoyo, sus valiosos comentarios y observaciones que me permitieron enriquecer este proyecto.

A todos y a cada uno de mis profesores en especial al Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera, Mtra. María de los Ángeles Vacio Muro, a la Mtra. Cecilia Méndez Sánchez, a la Dra. María Enriqueta Vega Ponce, al Dr. José Acevedo, a la Mtra. María de los Dolores Villalpando, a la Mtra. Eunice Ruíz Cortés y a la Mtra. Marcela Tiburcio, por ser un pilar muy importante en mis estudios, por compartirme sus valiosos conocimientos, por ser un apoyo, una guía y un ejemplo a seguir.

A la Universidad Autónoma de Aguascalientes por brindarme la oportunidad de realizar este proyecto y por sus enseñanzas.

A todos mis compañeros psicólogos que formaron parte de éste trabajo. Gracias a Lupita, Félix Everardo, Gaby, Omaid, Alma y Sofía.

A todos los universitarios que participaron en este proyecto, por ser la principal motivación para el logro del mismo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A mis hermanos por su gran apoyo, estima y comprensión, en especial a ti Fátima por ser una amiga incondicional, por acompañarme en mis noches de desvelo y cansancio; a ti Paulina por ser un ejemplo importante de ternura y ganas de superarse; a ti Brenda por ser un apoyo, por compartir el mismo sueño conmigo y por salir adelante pese a las adversidades; a Carlos y Juan por ser un ejemplo a seguir, de lucha, esfuerzo, dedicación y amor a la vida. Gracias por todo los quiero.

A mis Sobrinas Denisse y Emily por regalarme una sonrisa en todo momento y por ser una parte importante de mi vida, las quiero mucho nenas.

A Eliuth, por ser mi mejor amigo, mi apoyo incondicional, por ser un ejemplo claro de superación y por compartir todas mis aventuras, gracias.

A mis compañeros Ana Cecilia, Carlos, Angélica, César, Gaby, Martha y Lolis por estar conmigo dentro de este gran proyecto de mi vida y por compartir todas las aventuras, los momentos de angustia, las dificultades y el mismo sueño, gracias.

Índice de contenido

Resumen.....1

Summary.....3

Introducción.....5

1. Antecedentes.....8

 1.1 Propósito del estudio.....29

2. Método.....31

 2.1 Objetivos.....31

 2.2 Tipo de diseño.....32

 2.3 Participantes.....32

 2.4 Criterios de inclusión.....32

 2.5 Criterios de exclusión.....32

 2.6 Instrumentos.....33

 2.7 Escenario.....40

 2.8 Procedimiento.....41

3. Resultados.....47

4. Discusiones.....70

5. Apéndices.....81

 Apéndice A.....81

 Apéndice B.....110

6. Glosario.....113

7. Referencias.....116

Consejo breve para jóvenes universitarios que presenta problemas por su consumo excesivo de alcohol.

Resumen

Estudios reportan que el consumo excesivo de alcohol representa un severo problema de salud pública y social entre los jóvenes universitarios. Lo que sugiere la necesidad de desarrollar intervenciones para este grupo de la población.

El consejo breve constituye una estrategia para la prevención de los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. El consejo breve consiste en una sesión de tiempo variable, acompañada de una evaluación previa, y una fase de seguimiento. El fundamento teórico de este tipo de intervenciones se encuentra en la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1986) y utiliza componentes de la entrevista motivacional (Prochaska & Diclemente 1986), técnicas de auto-control (Kazdin, 2000) y prevención de recaídas (Marlatt, 1985), las que han mostrado ser efectivas para aquellos sujetos que presentan un patrón de consumo excesivo. El objetivo de este trabajo fue desarrollar y evaluar una sesión de consejo breve a fin de determinar sus efectos sobre el patrón de consumo de alcohol, problemas relacionados y algunas variables psicosociales (consecuencias negativas, nivel de riesgo situacional, auto-eficacia, situaciones de riesgo y expectativas), en una muestra de universitarios. La muestra estuvo integrada por nueve jóvenes que presentaron consumo excesivo de alcohol. Para la realización del estudio se utilizó un diseño de caso único AB, con seguimiento a un mes después de implementada la sesión.

El análisis visual y estadístico de los resultados muestra que se dio una disminución en el patrón de consumo (frecuencia y cantidad) en siete de los nueve universitarios, lo que favoreció para la disminución de su nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos. También, se observó una reducción en el número de consecuencias negativas asociadas, una disminución en

algunas expectativas positivas y en el número de situaciones de riesgo para el consumo. Además se observó un aumento en la auto-eficacia percibida para el control del consumo de alcohol en diferentes situaciones, aunque este no fue estadísticamente significativo. Finalmente, se obtuvo la validación social de la intervención.

Los resultados se analizan en comparación con estudios previos realizados con universitarios y se discuten las ventajas y limitaciones del estudio.



Palabras clave: Consumo excesivo de alcohol, jóvenes universitarios, consejo breve, teoría social cognitiva.

Brief advice for colleges who display problems by their excessive alcohol consumption.

Summary

Studies report that excessive consumption of alcohol is a severe public health problem and social among colleges. This suggests the need to develop interventions for this population group.

The advice is a brief strategy for the prevention of problems associated with excessive consumption of alcohol. The advice consists of a brief meeting time variable, which is accompanied by a pre-assessment and a monitoring phase. The rationale for such interventions is in the Social Cognitive Theory (Bandura, 1986) and uses components of the motivational interview (Prochaska & Diclemente1986), techniques of self-control (Kazdin, 2000) and relapse prevention (Marlatt, 1985), which have been shown to be effective for those subjects who show a pattern of excessive consumption. The goal of this work was to develop and evaluate a advice meeting shortly to determine their effects on the pattern of alcohol consumption, and some problems related psychosocial variables (negative consequences, risk level situational, self-efficacy, risk and expectations), in a sample of colleges. The sample consisted of nine youths who had excessive alcohol consumption. To conduct the study design used a single case AB, with follow-up to a month after the meeting implemented.

The visual and statistical analysis of results shows that there was a decrease in the consumption pattern (frequency numbers) in seven of the nine university, which helped to reduce their risk for the occurrence of acute problems. Also, there was a reduction in number of negative consequences associated with a decrease in some positive expectations and the number of risky situations for consumption. In addition, there was an increase in perceived self-efficacy to control the consumption of alcohol in different situations, although this was not statistically significant. Finally, we got the validation of social intervention.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

The results are analyzed in comparison with previous studies conducted with colleges and discuss the advantages and limitations of the study.



Key words:. Excessive consumption of alcohol, colleges, brief advice, social cognitive theory.

Introducción

El presente proyecto está inserto dentro del campo de la salud, al tener conocimiento que en últimas décadas uno de los principales problemas de salud pública y social en México es el consumo excesivo de alcohol. Estudios epidemiológicos muestran que un grupo que está manifestando un consumo de alto riesgo son los jóvenes universitarios, por lo que se han venido realizando esfuerzos dentro de algunas disciplinas para conocer el origen de dicha problemática y para prevenir y tratar esta problemática; sin embargo, es necesario hacer hincapié que en nuestro país el trabajo a nivel de prevención como de tratamiento entre universitarios ha sido escaso.

Fue importante por ello realizar un trabajo de prevención secundaria, dirigido a jóvenes universitarios que presentaban problemas por su consumo excesivo de alcohol. Algunos organismos Internacionales como el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine, 1990), señala que deben existir acciones secuenciales para el desarrollo de intervenciones preventivas con personas que reporten un riesgo latente de enfrentarse a consecuencias negativas reflejadas por su patrón de consumo.

Las aproximaciones que se han utilizado a nivel de prevención secundaria, son las intervenciones breves, las que han demostrado resultados efectivos en el trabajo con las conductas adictivas, basándose en estrategias conductuales (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1998; Sánchez-Craig, Annis, Bornet, & McDonald, 1984; Sobell & Sobell, 1993; Sobell & Sobell, 1999).

Las intervenciones breves, se definen como aquellas intervenciones de tiempo limitado y de duración breve, que incluye una evaluación global, un asesoramiento y un seguimiento (Oxford & Edwards, 1977). Este tipo de trabajos se han realizado principalmente con adultos y adolescentes, aunque se reporta el trabajo con universitarios en otros países. El objetivo principal es disminuir las tasas de consumo y las consecuencias negativas asociadas con el consumo de alcohol, a fin de revertir la progresión del consumo hacia

niveles de riesgo más elevados. Las intervenciones breves se basan primordialmente en la teoría social cognitiva y en estrategias como la entrevista motivacional, el auto-control y la prevención de recaídas.

Una de las modalidades de intervención breve, que se trabaja con jóvenes universitarios, es el consejo breve. Esta intervención consiste en una sesión de tiempo variable, que se acompaña de una evaluación previa, y una fase de seguimiento. Durante la sesión se brinda información relacionada con los efectos del consumo de alcohol o de otras drogas tanto a corto como a largo plazo, se revisan variables psicosociales y se hace una revisión de estrategias conductuales que favorecen el cambio (Miller & Rollinck, 1991). Los estudios han evaluado esta modalidad muestran resultados efectivos (Anderson & Scott, 1992).

Debido a que en la Universidad Autónoma de Aguascalientes se detectó a partir de la aplicación de un Examen Médico Automatizado (EMA, 2006), que una de las principales problemáticas entre los estudiantes de nuevo ingreso es el consumo excesivo de alcohol, se propuso el desarrollo de una sesión de consejo breve para jóvenes universitarios mexicanos, con el propósito de incidir en su patrón de consumo, problemas relacionados y otras variables psicosociales (consecuencias negativas, nivel de riesgo situacional, auto-eficacia, situaciones de riesgo y expectativas). Este trabajo presenta los resultados de la evaluación de una sesión de consejo breve con una muestra de jóvenes universitarios identificados con un consumo excesivo de alcohol.

Este trabajo se divide en apartados, el primero de ellos hace referencia a los antecedentes teóricos y los demás corresponden al de método, resultados las discusiones, apéndices y referencias.

En los antecedentes se revisan aspectos epidemiológicos del consumo de alcohol, las intervenciones breves y la teoría social cognitiva de la cual parte este trabajo. En la parte de método se describen los objetivos, tipo de diseño, participantes, criterios de inclusión y de exclusión, mientras que en el apartado de los resultados se analizan principalmente a través de inferencias visuales y se corroboran con análisis de tipo estadístico. Los resultados

permiten hacer conclusiones acerca del trabajo mostrando la efectividad del programa en jóvenes universitarios que reportaban un consumo excesivo de alcohol, al mismo tiempo que se discute la necesidad de probar este programa con una muestra mayor de universitarios y se discuten las ventajas y las limitaciones del mismo.



1. Antecedentes

Actualmente, el consumo de alcohol representa un severo problema de salud pública y social, mostrándose incrementos importantes en algunos grupos de la población. Las consecuencias negativas del uso, abuso y de la dependencia del alcohol y otras sustancias adictivas son graves y repercuten en lo individual, laboral, familiar y social.

No obstante, la ingestión de alcohol es considerada como un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea, ya que el uso es promovido y estimado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización del hombre (Tapia, Medina-Mora, & Cravioto, 2001).

Por otra parte, los resultados que nos muestran los estudios epidemiológicos de las últimas décadas, indican que un grupo poblacional que se ha visto afectado por el consumo de alcohol son los jóvenes universitarios. El consumo de alcohol en este grupo de la población se ha extendido a tal punto que debe ser considerado no sólo como un problema de salud pública sino también como un problema social.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000) refiere que la investigación realizada durante las últimas décadas muestra que el nivel de los problemas por el alcohol están relacionados tanto con la cantidad total de la ingesta en los países (consumo per cápita de alcohol), como con los patrones particulares de la ingesta, lo que se traduce en altos costos en diversas áreas, como en la salud, lo que sugiere la necesidad de tratamientos especializados o atención médica para las personas que sufren accidentes o muertes asociadas con el consumo excesivo de alcohol. Además, en el informe sobre la Salud en el Mundo (2002), publicado por la OMS, señala que el alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud de los ciudadanos en los países desarrollados. La 58ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en el año 2005, consideró como alarma... "la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol y las tendencias de consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos estados miembros". (OMS, 2005. pp.16).

En este informe, se menciona que el consumo de alcohol excesivo es el responsable del 6.8% de la carga de enfermedades en Europa Occidental y, a escala mundial, del 9.2% de los años de vida (ajustados por discapacidad) que se pierden.

Además, el consumo entre los jóvenes adquiere relevancia social, al ser la principal conducta de riesgo en este grupo, ya que comienzan su consumo a edades cada vez más tempranas, lo que los lleva a tomar con mayor frecuencia e intensidad, dando como resultado serías implicaciones en las condiciones generales de salud, pero también de carácter social, entre las que se encuentran los accidentes de tránsito (conducir a exceso de velocidad, utilización de vehículo sin protección, falta de casco al conducir motocicleta), muertes violentas, abuso o violencia sexual, conducta sexual de riesgo (tener múltiples parejas y relaciones sexuales sin protección), problemas académicos, problemas familiares y bajo desarrollo socioeconómico (Julián, 1998; Cooper, 1999). El consumo excesivo de alcohol en este grupo, también se asocia con vandalismo y con comportamientos violentos, injurias a las personas, entre otros comportamientos (Norris, Nurius, & Dimeff, 1996; Koss, Gidycz, & Wisniewaki, 1987).

Estudios realizados con jóvenes universitarios en España muestran que la droga más consumida es el alcohol, debido a que socialmente se acepta y se valora su consumo. El consumo de alcohol está fuertemente asociado a las relaciones sociales y a la diversión propia de los fines de semana. Estos estudios también reportan que el consumo se produce a edades tempranas favoreciendo el desarrollo de conductas excesivas, lo que resulta en un elevado porcentaje de jóvenes que presentan en la actualidad un consumo regular (Ballester, Gil & Guiraldo, 2000; Barrio & Alonso, 1994; Elzo & Laespada, 1994; Pons, 1998). Los estudios coinciden en señalar que la ingesta de alcohol por parte de los jóvenes españoles, se sitúa en el 89% (EDIS, 1995) y los de la Comunidad Autónoma Andaluza en torno al 83.7% (Navarro, 1999), aunque se tiene presente que esto no se traduce en una ingestión diaria, pero no por ello son menos importantes las repercusiones sociales por este consumo.

De manera particular al levantarse estadísticas acerca del consumo y abuso de alcohol entre los jóvenes españoles, a través del Informe del Programa Presidencial para la Prevención [RUMBOS] (1999, 2000) y el Boletín Epidemiólogo Distrital, se observa un aumento de la ingesta de alcohol entre los jóvenes. Estos estudios señalan que entre los jóvenes universitarios, el consumo se incrementa especialmente entre los que cursan los tres primeros semestres, quienes al ingresar a la universidad se ven impulsados a consumir alcohol y otras sustancias de acuerdo con la cultura universitaria. Los jóvenes creen que el alcohol les sirve como facilitador de la interacción social y a su vez permite la reducción de ansiedad psicológica. En este país, el consumo de alcohol es percibido como reforzante debido a varios factores, tales como las experiencias evaluadas positivamente por los jóvenes, pues ocurren con mayor frecuencia en el ambiente universitario en donde los mensajes emitidos reiteran la importancia de los efectos del consumo, y por otra parte los efectos negativos aparecen a largo plazo sin ser directamente asociados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Un dato importante obtenido con jóvenes universitarios españoles, es que éstos poseen conocimientos adecuados acerca del alcohol y sus efectos, sin embargo presentan un consumo de frecuencia elevada durante los fines de semana. Lo que permite observar que las conductas de consumo entre este grupo de jóvenes, se realizan preferentemente en el tiempo de ocio como parte de su interacción con el grupo de iguales y en consonancia con el consumo de tipo excesivo que se viene desarrollando en los últimos años en España (Del Barrio & Alonso, 1994)

Por su parte, en Estados Unidos se ha difundido que el uso de alcohol entre los jóvenes universitarios está en aumento, caracterizándose por ser un consumo fuerte, como resultado de la moda. En encuestas realizadas en diferentes universidades reportan un elevado índice de consumo en la población estudiantil, tres por ciento de la población del país reporta que consume más de cinco copas por ocasión de consumo, por lo menos una vez a la semana (Edwards, 1994).

Por su parte Flórez (2002), Mora-Ríos y Natera (2001), nos muestran que el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes universitarios en ciudades grandes de América Latina como en Colombia y en México, ha ido en aumento durante los últimos cinco años. Señalando la importancia de factores sociales, por ejemplo se promueve y se tolera que los hombres consuman más en comparación con las mujeres.

En la población universitaria mexicana, los resultados de las encuestas revelan que la cantidad de universitarios consumidores y los problemas que se le asocian van en aumento con la edad, lo que puede favorecerse por la percepción de riesgo entre los universitarios (Castro & Maya, 1987). Los estudios reportan que algunos jóvenes universitarios esperan que el consumo de otros afecte más fuertemente a los otros universitarios que a ellos, tanto en aspectos negativos como positivos (Rohsenow, 1983).

Por otro lado, se observa que la mayoría de los universitarios que consumen alcohol y presentan problemas asociados, se ubican en el grupo de bebedores que caen en el abuso pero que todavía no presentan una dependencia física hacia esta sustancia, es decir, en algunas ocasiones de consumo lo hacen exceso y esto les genera problemas, aunque no tienen una pérdida total del control de su consumo, no sienten la necesidad de beber todos los días, no han experimentado los síntomas mayores de la abstinencia, e incluso pueden pasar varios días sin consumir alcohol, denominándoles a éstos como bebedores problema o bebedores excesivos (Calahan, Room, 1974; Fillmore y Midanik, 1984; Pilich y cols., 1981; Vaillant, 1983).

Algunos teóricos proponen que el consumo de alcohol se puede entender mejor a lo largo de un continuo que van desde el grupo de la población que es abstinentes, atravesando por aquellos individuos que tienen un consumo leve, moderado y fuerte (Skinner, 1990).

La figura 1 muestra el espectro de bebedores que se pueden encontrar en una población, así como las oportunidades de intervención para cada grupo de bebedores. La figura del triángulo representa un continuo acerca de la distribución de los problemas de alcohol en la población en general.

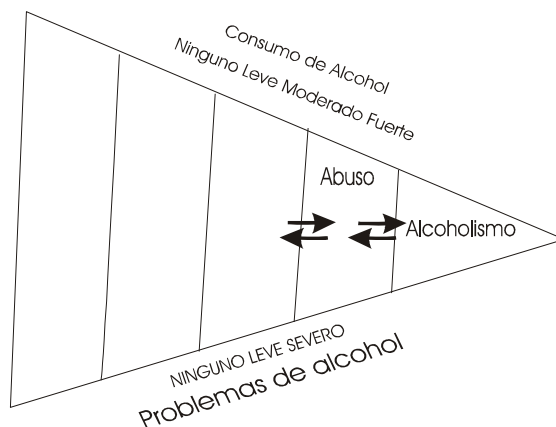


Figura 1. El espectro representa los problemas de alcohol.

El lado izquierdo del triángulo nos representa el segmento más largo de la población, son quienes no han experimentado problemas por el uso del alcohol, por lo que las estrategias de prevención primaria son las que se sugieren para este grupo poblacional. Mientras que la sección de en medio del triángulo representa a los individuos que han experimentado algunos problemas por el uso del alcohol. Posiblemente en este grupo se ubica la mayoría de los estudiantes universitarios; pues experimentan un consumo esporádico y experimental, con consecuencias negativas como resultado de su consumo. Mientras que justo del lado derecho del triángulo, se puede ubicar a los individuos que presentan problemas severos con el alcohol y cubren los criterios de la dependencia física al alcohol, por lo que requieren programas de tratamientos más intensos y costosos. En su mayoría, los programas de atención se han dirigido para los grupos de los extremos del triángulo, aunque en las últimas décadas se ha dedicado un mayor esfuerzo en el diseño de intervenciones breves de corte conductual para los bebedores de la parte media del triángulo.

Este tipo de intervenciones fueron desarrolladas en Canadá y posteriormente fueron adaptadas, evaluadas y aplicadas para México por el Dr. Héctor Ayala y sus colaboradores. En un primer momento se evaluó

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un programa de intervención breve dirigido para adultos bebedores problema (Ayala, 1998), mismo que se adaptó con adolescentes estudiantes de zonas urbanas, usuarios de alcohol y otras drogas (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008), usuarios de tabaco (Lira, 2002) y usuarios de cocaína (Oropeza & Ayala, 2001). Recientemente, estas modalidades de intervención se evaluaron con población de adolescentes rurales (Salazar, 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008), y con población en general en el “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz” [INP], al realizar trabajos en Intervenciones Breves en adicciones (Tiburcio, 2008).

Las IB (intervenciones breves) son la propuesta más habitual entre los distintos grupos de trabajo, a efectos de actuar con objetivos de prevención e intervención secundaria, identificando tempranamente el problema y la minimización del posible daño (Babor & Grand, 1992), acompañadas siempre de un diagnóstico precoz. Las IB son intervenciones limitadas en el tiempo y de duración breve, que incluye una evaluación global, un asesoramiento y un seguimiento (Oxford & Edwards, 1977). Al mismo tiempo, que se caracterizan por ser intervenciones que permite al usuario elegir entre la moderación o la abstinencia como metas viables de tratamiento. Además, dirigen sus esfuerzos a la detección temprana de los individuos que presentan abuso hacia las sustancias, con el objetivo de disminuir la progresión del problema (Ayala & Echeverría, 1998; Institute of Medicine [IOM], 1990.)

Más de 40 estudios y un sin fin de metaánálisis avalan la eficacia de estas intervenciones. Se menciona que las personas que se han visto más beneficiadas con las IB son aquéllas que presentan un consumo problemático/riesgoso. Observándose que con las IB se alcanza la reducción significativa del consumo de alcohol, logrando a su vez reducir la incidencia de problemas asociados con el mismo (Rodríguez-Martos, 2002).

Dentro de este tipo de intervenciones se incluye la modalidad de consejo breve. El consejo breve es una sesión de tiempo variable que puede brindarse en pocos minutos, o bien extenderse al rededor de 90 minutos, acompañada de una evaluación previa, durante la sesión se brinda información

relacionada con los efectos del consumo de alcohol o de otras drogas tanto a corto como a largo plazo, se realiza un análisis de los factores protectores y de los factores de riesgo con los que cuenta el individuo, se hace una revisión de estrategias conductuales que permitan que se de un cambio y se emplean estrategias que faciliten la disposición al cambio (Miller & Rollinck, 1991).

Se tiene conocimiento que el consejo breve ha demostrado su efectividad mediante diversos estudios tanto con adultos, adolescentes y con jóvenes universitarios. En un estudio realizado con universitarios que participaron de manera voluntaria, en el que se compararon tres modalidades de intervención como lo es el consejo breve (una sesión de una hora en la cual se brindaba feedback o consejo con un profesional), un manual de autoayuda (divido en seis unidades) y una intervención grupal (discusión grupal, ejercicios realizados durante seis semanas), se obtuvo como resultado que tanto en el consejo breve como en la modalidad grupal, tuvieron un efecto moderado sobre la cantidad de copas consumidas por los universitarios en el seguimiento (Baer, et al. 1992).

En otro estudio realizado con sujetos que presentaban un consumo excesivo, se realizaron dos grupos, al primero de ellos se les asigno la modalidad de consejo breve y el segundo fungió como grupo control, con base a los resultados se puede observar que aquellos a los que les fue aplicada la modalidad de consejo breve, muestran una reducción significativa en su patrón de consumo (cantidad y frecuencia) y lo problemas asociados (Bien, Miller & Toningan, 1993).

En otro estudio realizado con 248 estudiantes de nivel medio superior, se evaluó la eficacia del consejo breve y su efecto para que se presentara una disminución de los riesgos y las consecuencias relacionadas. Estos estudiantes fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos: consejo breve y grupo control. Los resultados mostraron una diferencia significativa en el patrón de consumo, factores de riesgo y consecuencias asociadas, en los estudiantes que recibieron la sesión de consejo breve a diferencia de los estudiantes que formaban parte del grupo control (Marlatt, et al. 1998).

En un estudio realizado con personas de ambos sexos que presentaban un consumo mayor de 15 copas estándar por ocasión de consumo, en el que los individuos fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos: grupo control y el consejo breve. Los resultados obtenidos en el seguimiento a un año, mostraron que los sujetos que fueron sometidos al consejo breve, presentaron una disminución significativa de su consumo de alcohol en relación a los que no fueron sometidos a la intervención (Anderson & Scott, 1992).

En México, se ha encontrado que el consejo breve constituye una estrategia efectiva para el trabajo con bebedores en riesgo (Carreño Berenzon, Medina-Mora, Ortiz & Juárez, 2006) y adolescentes de zonas urbanas y rurales (Salazar & Martínez, 2005).

De manera particular, en el Estado de Aguascalientes se realizó un estudio en el cual se evaluaron dos modalidades de intervención breve: consejo breve y programa de intervención breve de cinco sesiones. En el estudio participaron 27 adolescentes estudiantes de comunidades rurales, cuya edad oscilaba entre los 14 y los 18 años de edad, quienes abusaban del alcohol y presentaban niveles de riesgo moderado, alto o muy alto para la ocurrencia de problemas agudos asociados con el consumo de alcohol y reportaron tener problemas con su consumo. Los análisis grupales e individuales mostraron que los adolescentes que formaron parte de ambas modalidades de intervención, presentaron una disminución significativa de la fase de evaluación a la fase de seguimiento en el número promedio de tragos estándar, el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos, el número de problemas asociados, el índice de riesgo para el consumo excesivo de alcohol en las principales situaciones de riesgo y un incremento en su auto-eficacia para controlar su consumo en diversas situaciones de riesgo (Salazar, 2008).

Por otro lado, se realizó una investigación con 23 adolescentes estudiantes, con el objetivo de evaluar la efectividad del consejo breve sobre el patrón de consumo de alcohol de adolescentes que viven en zonas rurales.

El trabajo se llevó a cabo mediante la asignación de grupos: grupo control y el grupo experimental; empleando un diseño pretest-postest. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, observando una disminución en el patrón de consumo de los adolescentes que conformaban el grupo al que se le aplicó la sesión de consejo breve (Martínez, et al. 2008).

Sin embargo, en México no se cuenta con el reporte de trabajos realizados con universitarios que abusan del alcohol, en los cuales se muestre el empleo de la modalidad de intervenciones breves, lo que sugiere la necesidad de evaluar este tipo de intervenciones con este grupo de la población.

Es importante resaltar que las intervenciones breves, además de considerar las características del patrón de consumo de los consumidores, cuentan con fundamento teórico que las sostiene. En contraste con el modelo tradicional que ve al consumo de alcohol como una enfermedad crónica y fatal, la Teoría social cognitiva de Bandura (1986), considera a la conducta de consumo como un comportamiento aprendido, más que determinado por factores genéticos, al ser resultado de la interacción de diversos factores como lo son el biológico, los medioambientales, emocionales, cognitivos o conductuales.

Esta perspectiva propone que el aprendizaje se da por principios clásicos, operantes y vicarios, dándole importancia a las cogniciones de los sujetos, al mencionar que tienen relevancia en la explicación de su comportamiento; esta teoría es interaccionista, ya que el comportamiento de los sujetos lo explica mediante la interacción del individuo y el ambiente.

Para esta teoría el consumo de sustancias, es un comportamiento que se adquiere y se mantiene por los principios de aprendizaje, recalcando la importancia de los procesos simbólicos, vicarios, el reforzamiento positivo, de auto-regulación y de auto-reflexión de la conducta, las experiencias directas con el consumo de alcohol como lo son la recompensa y el castigo, al igual

que los procesos cognitivos tales como la anticipación, las expectativas, la auto-eficacia.

La simbolización se define como la capacidad que tienen los individuos para desarrollar los modelos cognoscitivos de la experiencia, que sirven como guía para la toma de decisiones y las acciones del futuro, permitiéndole al sujeto generar y probar alternativas de acción (Bandura, 1986), es decir, la simbolización es la capacidad que poseen las personas de emplear símbolos, mediante los cuales representan los fenómenos, analizan su experiencia, planean, crean, imaginan y actúan de forma previsoramente. Por medio de la simbolización, las personas pueden prever las consecuencias probables de diferentes acciones y amoldar su conducta a ellas (Bandura, 1982), es decir, esta conducta permite a las personas generar y evaluar conductas de acción.

El proceso vicario, hace referencia a su vez al aprendizaje que ocurre mediante la observación de conductas de otras personas y sus consecuencias, haciendo hincapié que los patrones de conducta social, las normas sociales y culturales se adquieren por medio de la observación de modelos. Esta capacidad de aprender por observación permite a las personas adquirir pautas de conductas amplias e integradas.

La auto-regulación es la capacidad de regular la conducta a través de estándares internos y desde la propia valoración ó auto-evaluación de los sujetos. Si se diera una discrepancia entre estándares internos y la conducta de los sujetos, éstos estarían motivados a realizar un cambio de su conducta, sus estándares o ambos. Las personas no se limitan a reaccionar a las influencias externas, sino que seleccionan, organizan y transforman los estímulos que les afectan, la capacidad de auto-regulación permite a las personas ejercer un control sobre su propia conducta, disponiendo de factores ambientales que la inducen, generando apoyos cognoscitivos y produciendo determinadas consecuencias de sus propias acciones (Maisto, Carey & Bradizza, 1999). Mientras que la auto-reflexión hace referencia a la capacidad

con la que cuentan los sujetos para reflexionar acerca de sus propios pensamientos o monitorear sus ideas.

La anticipación se define como la representación cognitiva de que los eventos futuros marcan un importante peso para las acciones futuras, de manera conjunta con la simbolización ambos juegan un papel importante en que se presente o no una conducta a nivel social. El pensamiento anticipatorio capacita a las personas para regir su conducta actual por las consecuencias y esto estimula la conducta previsora. Con la capacidad de anticipación, las personas predicen las consecuencias de su conducta y planean metas para el futuro.

Al explicar el uso y abuso del alcohol, se menciona que influyen los factores antes mencionados, sin descartar en ningún momento, el que se existan factores de tipo farmacológicos que contribuyan en dicha aparición, pero se aclara que éstos son mediados por las creencias que surgen en gran medida de las expectativas que tiene el sujeto con respecto al alcohol (Golman, Brown y Chistiansen, 1987).

Las expectativas son las creencias individuales sobre los efectos esperados del consumo de alcohol (Golman, et al. 1987). Estas son un constructo teórico importante, ya que nos permiten vincular las experiencias tempranas con el alcohol y las decisiones que se toman a futuro sobre el consumo de esta sustancia, al enfatizar que el desarrollo de las expectativas comienza con creencias globales sobre el efecto del alcohol, con las experiencias directas y la exposición familiar (Miller, Smith, & Golman, 1992; Reesen, Chassin, & Molina, 1994).

Por su lado, Medina- Ríos y Natera (2001), hacen referencia a las expectativas frente al consumo como los efectos que las personas le atribuyen al consumo y anticipan la experiencia de estar bebiendo. Las expectativas pueden ser positivas, es decir, a favor del consumo; o negativas como por ejemplo razones en contra de éste; a partir de estas creencias globales sobre el consumo se genera la disposición hacia la conducta que igualmente es

considerada un predictor del consumo, ya que de ellas deriva la intención de consumir o no hacerlo. Si las creencias de los adultos acerca del consumo son positivas, agradables, se aumenta la probabilidad de que los jóvenes adopten las mismas creencias, lo que aumenta la probabilidad de que estos se expongan de manera más fácil a circunstancias de consumo.

Carmona y Chávez (1991) encontraron que las expectativas en los adultos frente al consumo de alcohol, favorecían la adquisición de ciertas creencias de beneficio respecto de ésta conducta y que facilitaban el abuso en el consumo; deduciendo así que las expectativas se consolidan a partir de las experiencias de modelos frente al consumo, ya sea directamente o a través de modelos (aprendizaje vicario), pues de aquí nace la intención de realizar o no el consumo; mientras que por su lado, en un estudio más se confirmó que en la población joven la percepción de beneficios asociados al consumo está significativamente relacionada con el consumo de alcohol y con la baja percepción de riesgo (Golberg, Halpern-Felsher, & Millstein, 2002; Cooper, Russel, & George, 1988).

Entre las expectativas que más se reportan entre los individuos, son que el alcohol produce un efecto de facilitación social, que favorece la expresividad verbal, desinhibe la conducta, incrementa la respuesta sexual, reduce la tensión física y psicológica e incrementa la agresividad, aumenta los sentimientos de poder y genera cambios fisiológicos. En su gran mayoría estos efectos son esperados por los jóvenes para recibir reconocimiento por parte de sus iguales con los que se desenvuelven (Mora-Ríos, & Natera, 2001).

Las expectativas inciden tanto en el inicio como en el mantenimiento del consumo en la adolescencia y se correlacionan con los patrones relacionales de consumo no solo en el período de la adolescencia, sino también en los adultos. Algunos estudios reportan que es común que se de un incremento en el consumo de alcohol cuando los jóvenes ingresan a la universidad (Scheeran, & Abraham, 1996).

En los estudiantes universitarios, se ha encontrado que las expectativas son los mejores predictores concurrentes del comportamiento de consumo. Al respecto, se reporta que éstas pueden variar de acuerdo con los hábitos de consumo; por ejemplo, los estudiantes que presentan un consumo moderado de alcohol presentan expectativas más positivas con las experiencias vividas con el alcohol y el realce de los placeres sociales, en tanto que los bebedores excesivos esperan que el alcohol incremente su conducta sexual y agresiva, además de reducir la tensión a partir del consumo (Brown, 1985).

En conjunto con lo anterior, las diferencias individuales (tolerancia, autocontrol, etc.), las demandas ambientales o situacionales en las que se ven inmersos los jóvenes, pueden rebasar la habilidad para afrontar efectivamente las situaciones consumo, lo que pueden generar un sentido de eficacia devaluada. La auto-eficacia, se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras, las creencias de eficacia incluyen el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas (Bandura, 1992). Estas creencias influyen, tanto en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como en el proceso de modificación de conducta que conlleva al cese de este tipo de hábitos y en el mantenimiento de la abstinencia.

La auto-eficacia puede introducirnos en una conducta adictiva así como prevenir su aparición, dependiendo de las metas y de las expectativas de resultado personales (Marlatt, Baer, Quigley, 1995). Dentro de la prevención secundaria, la auto-eficacia se dirige hacia las conductas destinadas a minimizar el riesgo o el daño del consumo continuado de alcohol, incluyendo el consumo moderado como la abstinencia.

En resumen, los principios derivados desde la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1986) para la comprensión del consumo excesivo de alcohol plantean que:

- 1.- El aprendizaje de beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización de nuestra cultura. Este aprendizaje

se da de forma indirecta desde que el sujeto es niño (a), mediante las actitudes, expectativas y modelamiento de los adultos. Al mismo tiempo que, las creencias van sufriendo cambios conforme se dan modificaciones en el contexto social de los sujetos (Cellucci, 1982; Plant, 1979; Zucker, 1979).

2.- Las diferencias individuales y los factores predisponentes pueden actuar conjuntamente con los agentes socializadores y las situaciones en el desarrollo de la pauta de consumo inicial; existen un sin fin de factores que se pueden interrelacionar para que se presente un abuso del consumo de alcohol como lo son personales, sociales, de herencia, entre otros.

3.- Las experiencias directas con el alcohol son de gran importancia para que continúe y se de la experimentación del consumo de alcohol, ya que las experiencias son reforzantes para los sujetos al obtener resultados positivos con el consumo de las sustancias.

4.- Cuando algún factor predisponente interactúa con la demanda social actual, sobrepasando la capacidad de afrontamiento de la persona, disminuye su percepción de eficacia e incrementa la probabilidad consumo excesivo de alcohol.

5.- La tolerancia adquirida hacia las propiedades reforzantes directas del alcohol, provee el consumo sostenido, al promover el consumo de cantidades mayores para obtener los mismos efectos.

6.- Si el nivel de consumo aumenta y se mantiene a lo largo del tiempo, aumenta el peligro de desarrollar dependencia física y psicológica, el consumo se ve reforzado negativamente mediante la evitación de los síntomas de abstinencia.

7.- Las consecuencias individuales y sociales de la bebida pueden aumentar el estrés, y producir un círculo de interacciones negativas entre las personas y su medio.

8.- La recuperación dependerá de la habilidad de elegir y explorar formas alternativas de enfrentamiento.

Por otra parte, para el logro del cambio conductual, dentro de las investigaciones acerca de las adicciones con individuos que abusan del

consumo alguna sustancia, es importante hacer mención que las intervenciones breves son efectivas al retomar estrategias derivadas de aproximaciones que mantienen un punto de vista en común con la Teoría Social Cognitiva, tales como las propuestas por la entrevista motivacional, las técnicas de autocontrol y los modelos de prevención de recaídas.

La Entrevista Motivacional es un tipo de entrevista que se centra en el usuario de sustancias, con el propósito de ayudarlo a identificar y resolver las contradicciones o ambivalencia, respecto de su comportamiento de consumo. Con esta modalidad de entrevista se busca crear conciencia en los consumidores sobre los riesgos que implica el consumo de sustancias, y además, aumentar las habilidades de las personas para hacer algo al respecto (Miller & Rollnick, 1991).

La entrevista motivacional retoma el modelo propuesto por Prochaska y Diclemente (1986), en el que se describen las etapas por las que atraviesa un individuo en el cambio de su consumo de cualquier sustancia. Las etapas por las que atraviesan los sujetos en el proceso de cambio del consumo de sustancias, son:

- 1) Ignorancia: en esta etapa se inicia el ciclo del cambio y se caracteriza porque las personas son incapaces de reconocer las consecuencias dañinas que tiene su conducta (beber, fumar o consumir otras drogas).
- 2) Precontemplación: El paso de la ignorancia a la precontemplación es el más importante porque es precisamente donde se inicia el proceso del cambio. Cuando se alcanza la precontemplación, las personas pueden reconocer algunos aspectos negativos de la conducta en cuestión, sin embargo, no están convencidas de que es necesario cambiar y, por tanto, siguen consumiendo.
- 3) Contemplación: Las personas que se encuentran en esta etapa siguen consumiendo; no obstante, piensan más seriamente en la necesidad de cambiar su conducta en un futuro inmediato, reconocen que tienen un

problema; puede ser que piensen: "debería dejar de fumar..." "debería disminuir lo que bebo". Estas frases revelan que su motivación para cambiar ha aumentado de manera positiva.

4) Acción: el objetivo durante esta etapa es el de producir el cambio, involucrando cambios conductuales. Las personas se proponen firmemente cambiar y realizan acciones específicas y diferentes para modificar su conducta y dejar de consumir. Probablemente intenten cambiar por sí mismos, o bien, pueden buscar ayuda.

5) Mantenimiento: el reto consiste en mantener el cambio alcanzado en la etapa anterior, y prevenir la recaída (Marlatt & Gordon, 1985). En esta parte del proceso las personas deben realizar diferentes esfuerzos para mantener los logros obtenidos al dejar de consumir. Por ello, centran su interés en mantenerse alejados de la sustancia que les causaba problemas en las fases iniciales. No obstante, es probable que para algunas personas esta etapa resulte más difícil que para otras y, por tanto, vuelvan a consumir.

6) Recaída: la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes que permanecer inmóvil en dicha etapa. Puede suceder que en cualquier momento la persona consuma de nuevo. Para muchos la recaída es sinónimo de fracaso, pero desde el punto de vista del ciclo del cambio, una recaída es una oportunidad para el aprendizaje, ya que es necesario revisar las estrategias que se emplearon durante las etapas de acción y mantenimiento, para detectar cuáles son las debilidades y proponer un nuevo plan de acción con base en las observaciones e intentarlo de nuevo.

Considerado el modelo de las etapas de cambio, la motivación es vista entonces como un estado de disposición al cambio, que puede variar en el tiempo y de una situación a otra (Miller, 1985), y dependiendo del momento de cambio, el terapeuta o asesor puede utilizar diferentes estrategias que apoyen al usuario de sustancias en el logro de su cambio. De tal manera que, en las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

primeras etapas de cambio se sugiere el uso de estrategias que promuevan el análisis por parte del individuo, mientras que en las etapas finales se sugiere el empleo de estrategias que generen la acción en el individuo.

Las estrategias utilizadas para iniciar, mantener y continuar con el cambio, están representadas por técnicas de auto-control. El auto-control se define como aquellas conductas que una persona emplea de manera deliberada para lograr resultados seleccionados por ella misma, al elegir las metas y al poner en práctica los procedimientos para alcanzarlas (Brigham, 1982).

Kazdin (2000), describe que los procedimientos de auto-control en la modificación conductual, hacen referencia principalmente a las técnicas en las cuales el cliente juega una parte activa y en ocasiones es la única administración de tratamiento. Skinner (1953) mencionaba que la gente puede ejercer control sobre sus propias conductas cotidianas, ya que los individuos poseemos una variedad de técnicas para controlar nuestra propia conducta en la vida diaria, ejerciendo control sobre sus cursos de acción, el abstenerse de un exceso en particular.

Ayala y su colaboradores (1998), proponen que la instrumentación de estrategias de auto-control, se debe emplear para manejar situaciones particulares de alto riesgo, así como estrategias globales para modificar estilos de vida dañinos, intentando fomentar en los sujetos sentimientos de objetividad que los deslinden de comportamientos problemáticos.

Los patrones de auto-control pueden desarrollarse mediante técnicas de modificación conductual, muchas de estas técnicas son relevantes para entrenar a la gente a controlar su propia conducta, por lo que se mencionan las siguientes (Holroyd & Cree, 1986):

Control de Estímulos: algunas conductas específicas se efectúan en presencia de estímulos específicos, los estímulos asociados con regularidad a la conducta actúan como señales e incrementan la probabilidad de que la

conducta se emita, es decir, muchas conductas cotidianas son emitidas únicamente en presencia de ciertos estímulos, esto indica que la conducta que está bajo control de estímulos.

Las estrategias de control de estímulos algunas veces son llamadas planeación ambiental (Bellack & Hersen, 1977; Thoresen & Mahoney, 1974).

Las técnicas de control de estímulos incluyen:

- 1.- Proveer señales extra en el ambiente para preparar la ocasión para la respuesta deseada.
- 2.- Confrontar a la persona con estímulos que controlan exitosamente la conducta deseable.
- 3.- Alterar el ambiente para hacer menos probable la ocurrencia de la conducta indeseable.
- 4.- Restringir las condiciones de estímulo para la conducta indeseable.

Por último, se menciona que existen tres tipos relacionados de problemas conductuales que resultan del control de estímulos desadaptados, como por ejemplo, a) algunas conductas se encuentran bajo control de estímulos que el cliente desea cambiar, como lo es el consumo de alcohol, la meta terapéutica consiste en la eliminación del control que tales estímulos ejercen por ejemplo sobre el beber, b) algunas conductas no están controladas por estímulos particulares cuando tal control sería deseable, la meta consiste en desarrollar control de estímulos sobre la conducta, c) algunas conductas se encuentran bajo control de estímulos inapropiados, la meta de tratamiento sería modificar el control que algunos estímulos ejercen sobre la conducta.

Auto-monitoreo o auto-observación: consiste en observar la propia conducta de una manera sistemática. La mayor parte de las personas no son conscientes de sus conductas, ya que en muchas de las ocasiones son automáticas y en raras ocasiones observan su conducta, por lo que al darles a observar la propia conducta, se pueden observar cambios notables.

Auto-reforzamiento o auto-castigo: las consecuencias reforzantes y punitivas aplicadas por el propio sujeto se han empleado de manera más

amplia como técnicas de auto-control (Gross & Drabman, 1982; Jones, Nelson & Kazdin, 1977). El auto-castigo por su parte se utiliza con menor frecuencia en programas de modificación conductual. Tanto el auto-reforzamiento como el autocastigo se aplican en una gran cantidad de problemas tales como uso de drogas, conducta sexual desviada, tabaquismo, habilidades inadecuadas, etc.

Entrenamiento de respuestas alternativas: consiste en entrenar a las personas para que participen en respuestas que interfieran o reemplacen a la respuesta que no se desea, es decir, se entrena al sujeto para que utilice otra conducta.

Biorretroalimentación: Se refiere a técnicas de intervención diseñadas para alterar los cambios fisiológicos de las personas, es considerada como un procedimiento de auto-control pues su finalidad es enseñar a la persona técnicas para regular sus respuestas en el ambiente natural.

Manuales de autoayuda: Se menciona que se emplean con adultos con una gran variedad de problemas, incluyéndose dentro de los manuales técnicas que comprenden una diversidad de procedimientos, solos o combinados, en los que se da la explicación de los pasos a seguir para que las personas sean capaces de modificar su conducta (Glasgow & Barrera, 1977).

Proveer señales extra para la conducta deseable: esta técnica, consiste en que el propio individuo se de señales que favorezcan para que realice un comportamiento, por ejemplo los padres que quieren incrementar el número de veces que elogian a sus hijos, pueden utilizar tarjetas y colocarlas en lugares donde frecuentemente las puedan ver, cada vez que los padres vean algunas de estas señales, identificarán alguna conducta por la cual tengan que elogiar a sus hijos.

Confrontarse a si mismo con estímulos que controlan exitosamente la conducta deseable: Es actuar de tal manera que las conductas hagan contacto con un estímulo discriminativo poderoso para la conducta deseable.

Inducción situacional: consiste en cambiar el propio entorno de manera que la respuesta indeseada sea poco probable, por ejemplo, el fumador que tira

los cigarrillos o el comedor compulsivo que se deshace de la comida, en lo inmediato, controla efectivamente sus conductas.

Restringir las condiciones de estímulo para una conducta indeseable: Un individuo puede reducir el nivel de conductas indeseables limitando las condiciones de estímulos bajo las cuales emite dichas conductas.

Establecimiento de metas para el consumo; establecimiento de un sistema de reforzamiento para apoyar el logro de las metas establecidas.

Por último según Marlatt (1985), los elementos que deben constituir a un programa de auto-control para el mantenimiento del cambio conductual son los siguientes:

- 1.- Ser efectivos en mantener el cambio conductual después del tratamiento inicial por periodos de tiempo clínicamente significativos.
- 2.- Promover y mantener la adherencia del sujeto a los requerimientos del programa.
- 3.- Incluye la mezcla de técnicas conductuales específicas (habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias), procedimientos de intervención cognitivos (reestructuración cognoscitiva, imaginación dirigida) y modificación global del estilo de vida (ejercicio, inoculación del estrés).
- 4.- El programa debe facilitar el desarrollo de la motivación y habilidades para la toma de decisiones.
- 5.- El programa debe incrementar la adherencia terapéutica y su efectividad, incluyendo procedimientos de intervención verbal y no verbal para proporcionar una mejor protección a las recaídas.
- 6.- El programa debe reemplazar patrones de hábitos problemáticos son conductas y habilidades alternativas.
- 7.- El programa debe permitir al individuo afrontar más eficazmente las nuevas situaciones problemáticas para reducir el número de recaídas. Por lo que la prevención de recaídas, para el tratamiento de consumo de alcohol u otras drogas dentro de las intervenciones breves, esta conformado de los siguientes componentes (Marlatt, et al. 1985):

- Proporcionar a los sujetos estrategias cognitivo-conductuales de

enfrentamiento, ante situaciones de consumo que se le presenten al sujeto.

- Ubicación de situaciones de riesgo en las que se pueda presentar el consumo, brindándole herramientas para la adquisición estrategias de enfrentamiento que ayuden a que no se de el consumo.
- Brindar apoyo ante posibles recaídas, al tomar como base las propias creencias de los sujetos.

8.- El programa de autocontrol debe señalar y enseñar al sujeto que las recaídas no son fracasos, sino son parte integral del proceso para después tener estrategias de afrontamiento ante otras situaciones.

9.-El programa debe hacer uso de los sistemas de apoyo social que tiene el cliente para realizar generalizaciones de los efectos del tratamiento.

1.1 Propósito del estudio

A partir de lo anterior y con base en la información revisada, se concluye que el consumo de alcohol entre los universitarios es un problema de salud pública y social, ya que está relacionado con un sinnúmero de consecuencias negativas. Por lo que se detectó la necesidad de elaborar intervenciones que permitan identificar de manera temprana la magnitud del problema, las consecuencias asociadas y aquellas estrategias y tratamientos adecuados que permitan prevenir la progresión de dichas situaciones.

A través de la literatura, se encontró que en otros países la aplicación de las intervenciones breves con fundamento teórico en la Teoría social cognitiva (*Bandura, 1986*) y que utilizan componentes de la entrevista motivacional (*Prochaska & Diclemente 1986*), técnicas de auto-control (*Kazdin, 2000*) y prevención de recaídas (*Marlatt, 1985*), han mostrado ser efectivas para aquellos sujetos que presentan un patrón de consumo excesivo/riesgoso, sin cubrir criterios de dependencia (*Ayala, 2001; Babor & Grant, 1991; Marlatt, 1999; Sobell & Sobell, 1993*), sin ser una excepción los universitarios, con los cuales este tipo de intervenciones, son efectivas en jóvenes en la reducción de su patrón de consumo y consecuencias negativas asociadas.

En México se tienen antecedentes de la aplicación de esta modalidad de intervención entre la población adolescente tanto de zonas urbanas como rurales (*Salazar & Martínez, 2005*). De manera global, los resultados de una primera evaluación muestran que esta constituye una estrategia efectiva para el trabajo con adolescentes estudiantes que se inician en el abuso del alcohol, pero que no presentan una dependencia física hacia la sustancia (*Martínez, 2003*). Lo que sugiere que este tipo de estrategias pueden ser efectivas para el trabajo con estudiantes universitarios que abusan del alcohol y presentan problemas relacionados.

Es así que, con base en los antecedentes revisados, se desarrolló una sesión de consejo breve para jóvenes universitarios, teniendo como

propósito general incidir en los patrones de consumo de los universitarios, los problemas relacionados con su consumo y la modificación de algunas variables psicosociales (consecuencias negativas, nivel de riesgo, auto-eficacia, situaciones de riesgo y expectativas).

En acuerdo con los lineamientos teóricos revisados, el consejo breve consiste en una sola sesión de intervención que se realiza en un tiempo aproximado de una hora y media, la cual previamente es acompañada por dos sesiones de evaluación en las que se aplican una serie de instrumentos para identificar las variables asociadas al consumo de los universitarios, tales como historia de consumo, consecuencias negativas asociadas, factores de riesgo, situaciones de consumo, patrón de consumo, expectativas relacionadas con el consumo, así como el nivel de auto-eficacia percibido para controlar el consumo en diferentes situaciones de consumo.

Por lo que el propósito de este trabajo fue desarrollar una sesión de consejo breve para jóvenes universitarios mexicanos, con base en modelos desarrollados a nivel internacional y nacional y, evaluarlo con una muestra de estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

2. Método

2.1 Objetivos

Objetivo general

Desarrollar y evaluar una sesión de consejo breve con jóvenes universitarios, a fin de determinar sus efectos sobre el patrón de consumo de alcohol, problemas relacionados y algunas variables psicosociales (consecuencias negativas, nivel de riesgo, auto-eficacia, situaciones de riesgo y expectativas), en una muestra de universitarios.

Objetivos Particulares

- a) Desarrollar las sesiones de evaluación, consejo breve y seguimiento.
- b) Seleccionar algunos instrumentos de evaluación para población universitaria mexicana.
- c) Evaluar el patrón de consumo de alcohol en una muestra de jóvenes universitarios antes y después de la intervención.
- d) Evaluar el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos en una muestra de jóvenes universitarios antes y después de la intervención.
- e) Evaluar las consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol en una muestra de jóvenes universitarios antes y después de la intervención.
- f) Evaluar el nivel de auto-eficacia situacional percibida en una muestra de jóvenes universitarios, para afrontar situaciones de consumo, antes y después de la intervención.
- g) Evaluar las expectativas positivas asociadas con el consumo en una muestra de jóvenes universitarios antes y después de la intervención.
- h) Evaluar el número de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol en una muestra de jóvenes universitarios, antes y después de la intervención.

- i) Evaluar la significancia clínica mediante la validación social del proceso y de los resultados.

2.2 Tipo de diseño

Se utilizó un diseño de caso único AB y seguimiento a un mes, después de realizada la sesión de consejo breve (*Barlow & Hersen, 1988*). Con una réplica de nueve sujetos.

El diseño AB con seguimiento se llevó a cabo de la siguiente manera:

Línea Base → Tratamiento → Seguimientos

2.3 Participantes

Se trabajó con nueve participantes, los cuales se seleccionaron mediante los resultados arrojados en el Examen Médico Automatizado aplicado entre los estudiantes de nuevo ingreso de la UAA, quienes decidieron participar de manera voluntaria en las diferentes fases del estudio.

2.4 Criterios de inclusión

- * Tener entre 18 y 30 años de edad
- * Reportar problemas asociados con su consumo de alcohol.
- * Niveles de riesgo, moderado, alto y muy alto para la ocurrencia de problemas agudos por el consumo de alcohol, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo al sexo.¹

2.5 Criterios de exclusión

- * Tener menos de 18 años de edad y más de 30 años de edad.
- * Presentaran dependencia física al alcohol u otras drogas.²

¹Niveles de riesgo en un día de consumo y que pueden ocasionar problemas agudos en hombres y mujeres mayores de 15 años: En términos del número de copas estándar consumidas se considera un consumo de bajo riesgo de 1 a 4 copas para los hombres y para las mujeres de 1 a 2 copas, un consumo de riesgo moderado sería para los hombres +4 a 6 copas y para las mujeres +2 a 4 copas, un consumo de alto riesgo se considera para los hombres +6 a 10 copas y para las mujeres +4 a 6 copas, finalmente un consumo de muy alto riesgo se considera cuando es mayor a las 10 copas para los hombres y mayor a las 6 copas para las mujeres.

²Dependencia física: consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancias, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

2.6 Instrumentos

Entrevista de Admisión (Pedroza, 2007). Revisión y Adaptación (Flores & Salazar, 2008). La entrevista de admisión fue diseñada con base en la entrevista realizada por Pedroza (2007), el estudio de “Estilos de Interacción Conflictiva de Adolescentes que se Inician en el Consumo de Sustancias Adictivas”. La entrevista tiene como objetivo obtener información de datos generales que tienen que ver con su vida en general y con su patrón de consumo.

La entrevista de admisión se divide en cuatro áreas: 1) Datos generales (nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, datos generales de la familia, etc.); 2) Historia de consumo (inicio del consumo, cantidad o frecuencia de consumo, cambio en el consumo, situaciones de consumo, razones por las que se consume); 3) Consecuencias que le ha traído su consumo (ventajas, cosas que se han dejado de hacer, personas que se interesan en el cambio); 4) Intentos de cambio (que es lo que le gustaría cambiar). Este instrumento fue aplicado en la primera sesión de evaluación.

Entrevista inicial (Campos, Martínez & Ayala, 2001). Esta entrevista se diseñó con base en la entrevista utilizada en el Programa de Intervención Breves para Adolescentes y el Programa de Bebedores Problema en México, adaptándola especialmente para la sesión de consejo breve con universitarios, suprimiendo algunos de los ítems debido a que no se consideraron necesarios para el propósito del estudio.

Esta consiste en una entrevista estructurada, tiene por objetivo obtener información general del joven universitario, su historia de consumo, y conocer los problemas relacionados con el patrón de consumo de los universitarios.

La entrevista está dividida en diez diferentes áreas: 1) Datos de identificación, (nombre, la fecha, la carrera y el semestre); 2) Área escolar y laboral (ocupación actual, horarios, tipo de trabajo, promedio actual y del semestre anterior, características de su desempeño escolar; 3) Consumo de

alcohol (tipos de tratamientos/ayuda recibidos, descripción del consumo de alcohol y otras drogas, tipos de bebidas de consumo, edad de inicio, preguntas relacionadas con cantidad/frecuencia de diferentes bebidas); 4) Tabaco (determinar si fuma, edad de inicio, antecedentes familiares de consumo de tabaco); 5) Consumo de drogas (conocer si se ha consumido alguna droga y cual, tiempo de consumo, último consumo, cómo considera el joven consumo de drogas y alcohol, así como su familia); 6) Área familiar (apoyo familiar, tipo de relación familiar, problemas familiares relacionados con el consumo de alcohol); 7) Área de salud (depresión o riesgo suicida), 8) Área de sexualidad (conocer si tiene novio (a) Tiempo de relación, relaciones sexuales después de consumir alcohol, métodos anticonceptivos); 9) Tiempo libre (administración de tiempo libre, actividades relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas); 10) Satisfacción personal (satisfacción con estilo de vida, cosas que te gustan de tu vida en este momento, metas a futuro). Este instrumento fue aplicado en la segunda sesión de evaluación.

Línea base retrospectiva [LIBARE] (Sobell, Maisto, Sobell, & Cooper, 1979). Este instrumento es un calendario de los últimos seis meses del año, el cual tiene como objetivo identificar el patrón de consumo en cuanto a días de consumo y la cantidad consumida en un día típico. En el consumo de alcohol se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar. Tiene como ventaja que permite medir las diferencias individuales y estima el consumo actual sobre un período de tiempo (Sobell, Sobell, Leo, & Cancilla 1988).

La confiabilidad y la validez ha sido establecida con poblaciones de adultos usuarios de alcohol (O'Farell, Cutre, Bayog, Dentch, & Forgang, 1984) recientemente, su confiabilidad se ha demostrado con poblaciones de bebedores que no abusan de alcohol y en poblaciones de estudiantes entre los 20 y los 28 años (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan, & Basian, 1986).

La evidencia de su validez se conoce de la aplicación clínica, donde se comparó la línea base con registros oficiales, obteniendo un alto grado de correspondencia tanto en datos de duración como de incidencia. Este instrumento fue aplicado en la primera sesión de evaluación y en la fase de seguimiento.

Auto-registro de alcohol y otras drogas (Echeverría & Ayala, 1997).

El auto-registro es un formato adaptado para el registro de alcohol, en donde el sujeto reporta el día de consumo, capacidad de resistir el consumo, (si, no, no fue necesario), número de copas por tipo de bebida o cantidad consumida, total de copas, situación relacionada con el consumo, pensamientos y sentimientos relacionados con consumo.

La validez del auto-registro se obtiene de su aplicación clínica al encontrar un patrón similar cuando se ha comparado con otros reportes tanto familiares y escolares, también se ha encontrado una consistencia a través del tiempo (Martínez, 2003). Este instrumento se utilizó en para la sesión de seguimiento.

Test de Identificación de los trastornos debido al Consumo de Alcohol. [AUDIT]. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 1992, traducción y adaptación Martínez- Ranga, Pérez, Castellano & Temprado, 2001). Es un Test desarrollado por la OMS, como un método simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. También, proporciona un marco de trabajo en las intervenciones para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

Su objetivo es Identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial (consumo excesivo) o de riesgo con el alcohol. Los dominios por los que esta conformado el AUDIT son: a) Consumo de riesgo de alcohol, b)

Síntomas de dependencia, c) Consumo perjudicial de alcohol. Tiene una escala de respuesta de del 0 al 4. En cuanto a su validez y fiabilidad: fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, demostrando que proporciona una medida correcta de riesgo según el género, la edad y la cultura. El AUDIT ha sido validado con usuarios de atención primaria en seis países, ha sido diseñado para su utilización a nivel internacional. La validez fue calculada también frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. Se ha demostrado que el AUDIT tiene precisión igual o mayor cuando es comparado con otras pruebas de tamizaje, con un índice de correlación de (.078).

Diversos estudios han mostrado la fiabilidad del AUDIT, mostrando una alta consistencia interna, lo que sugiere que esta midiendo un constructo único de manera fiable. Un estudio test-re-test indicó una alta fiabilidad de ($r=.86$), en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo. Este instrumento fue aplicado en la primera sesión de evaluación.

Cuestionario breve de confianza situacional [CCS]. (Annis & Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997). El Cuestionario de Confianza Situacional fue diseñado para medir el concepto de auto-eficacia, en relación a la percepción que tienen los sujetos sobre la habilidad que tienen para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol.

El cuestionario consta de ocho reactivos, en los cuales se le pide al sujeto que valore el porcentaje percibido (0 a 100%). Los puntajes de confianza situacional se distribuyen en una escala de 0 al 100% de la siguiente manera. El puntaje del (0-20), significa que el sujeto tiene poca confianza o muy poca confianza para resistir la necesidad de beber en exceso, denominándosele como una situación de muy alto riesgo, del (21-40), significa baja confianza, el sujeto tiene algo de seguridad o confianza para poder controlar la necesidad de beber en exceso, representando situaciones de alto riesgo, del (41-70), significa confianza moderada, manifestándose confianza o seguridad para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

poder resistir la necesidad de beber en exceso ante estas situaciones, siendo situaciones de riesgo moderado para los sujetos, por último, el del (71-100), representa mucha confianza, indicando mucha seguridad o confianza en su habilidad para controlar su consumo excesivo ante estas situaciones, que son denominadas situaciones de bajo riesgo para el sujeto para resistir consumir en cada situación.

Las situaciones medidas por el cuestionario, incluyen situaciones personales, en las que se involucran eventos psicológicos o físicos (Marlatt, 1978; 1979; Marlatt & Gordon, 1980): 1) Emociones desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones desagradables, 4) Probando auto-control, 5) Necesidad Física o urgencia por consumir. Además de evaluar situaciones grupales: 1) conflictos con otros, 2) Presión Social, 3) Momentos agradables con otros.

La adaptación para la población mexicana estuvo a cargo de Echeverría y Ayala (1997), quienes hicieron la revisión de cada uno de los reactivos en el idioma inglés para traducirlo al español, realizando una modificación de algunos reactivos. La consistencia interna del instrumento fue de 0.977. Este instrumento fue aplicado en la segunda sesión de evaluación y en la fase de seguimiento.

Cuestionario de Expectativas Hacia el Uso de Alcohol [AEQ]. (Brown & cols, 1980; traducción y adaptación Mora-Ríos & Natera, 2000). Es un instrumento que mide las creencias positivas del consumo de alcohol y sus efectos. El objetivo de este instrumento es medir los posibles efectos positivos del alcohol sobre la conducta social y emocional. Es una versión adaptada para jóvenes universitarios de la ciudad de México. Se identificaron ocho sub-escalas de las expectativas: a) incremento de la sexualidad, b) agresividad y sentimiento de poder, c) reducción de la tensión; en esta última expectativa el ítem se refiere a los efectos relajantes del consumo del alcohol a nivel individual y se dividió en física y psicológica, d) facilitador de interacción, e) desinhibición, f) expresividad verbal, g) cambios fisiológicos. Considerando

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cada una de las subescalas, el modelo integral de expectativas resultó ser adecuado y la congruencia integral obtenida fue elevada ($\alpha=.93$).

Consta de 51 ítems, con formato de respuestas dicotómicas en donde los sujetos deben responder cierto o falso en función de creencias personales, los sentimientos y opiniones sobre el uso del alcohol. Este instrumento fue aplicado en la primera sesión de evaluación y en la fase de seguimiento.

Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta [CIDI] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1993). Es una entrevista diagnóstica estandarizada, desarrollada por la OMS que tiene como objetivo evaluar y clasificar distintos desordenes mentales y problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, esta prueba está basada en el ICD-10 y el DSM-IV, se utiliza en la sección relacionados con las sustancias.

En la sección de drogas consta de 15 reactivos y el apartado del alcohol con 16 reactivos que evalúan el abuso o dependencia hacia estas sustancias.

La escala de respuesta es de cuatro graduaciones, donde 1 representa una respuesta afirmativa (Sí), 2 una negativa y el 3 un "no sabe", y el 4 se rehúsa a contestar la pregunta. Este instrumento fue aplicado en la primera sesión de evaluación.

Inventario sobre las Consecuencias del Uso de Alcohol [DRINC-2R]. (Traducido y adaptado por Chávez, López & Gallegos, 1997). Es un inventario que tiene como objetivo medir las consecuencias positivas y negativas relacionadas con el uso de alcohol en seis diferentes áreas: 1) Salud/ Física, 2) Laboral/Escolar, 3) Familiar, 4) Social, 5) Emociones agradables y 6) Emociones desagradables. El instrumento consta de 51 ítems, está conformado por dos opciones de respuesta: (0=No, 1=Si). No hay datos de su confiabilidad. La validación de este instrumento se validó a partir de jueces. A cada juez se le entregó los reactivos y una definición operacional de los conceptos que medían, y se les pidió que los parearan los reactivos de

acuerdo a los contenidos con las definiciones. El acuerdo entre los jueces fue del 100%.

Este instrumento fue aplicado en la primera sesión de evaluación y en la fase de seguimiento.

Es necesario especificar que para evaluar las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, solo se tomaron las áreas que reflejaban las consecuencias negativas, dejando fuera el área de Emociones agradables.

Cuestionario de validación social (Martínez & Ayala, 2000). Es un cuestionario que tiene como objetivo medir la satisfacción del usuario en relación con los temas que se manejaron en el programa, los materiales, los procedimientos, empleados para lograr el cambio en el patrón de consumo y las metas alcanzadas a partir del tratamiento. Está conformado por nueve reactivos en total, seis de los cuales son enunciados a los que el usuario puede responder de cinco posibles maneras: “muy de acuerdo”, “indeciso”, “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”. Las tres restantes son preguntas abiertas. Su validez se obtuvo a partir de jueces, quienes establecieron si los reactivos medían satisfacción en el área mencionada, existió un 100% de acuerdo entre ellos. Este instrumento fue aplicado en la fase de seguimiento.

Registro de tentaciones (Carreño, Berenzon, Medina Mora, M, Ortíz, & Juárez, 2006). Este registro tiene como objetivo identificar las habilidades que tienen los sujetos para enfrentarse a situaciones donde se pueda presentar el consumo de alcohol. Se puede realizar su llenado identificando aquellas situaciones en donde se sobrepone a las tentaciones con éxito. Este instrumento fue aplicado en la fase de seguimiento.

Entrevista Breve de Seguimiento (Hester & Miller, 1989). El objetivo de la entrevista breve de seguimiento es identificar los avances de los universitarios para el logro de su meta. Dicha entrevista está dividida en cuatro

apartados, a los que los participantes deben contestar en forma dicotómica si/no, y de manera abierta. Este tipo de entrevista se puede aplicar de manera directa con los participantes o bien vía telefónica o por internet, con el fin de obtener la información necesaria con respecto al consumo del participante y de las variables asociadas a este.

Formato de Consentimiento (Flores & Salazar, 2008). El objetivo del formato de consentimiento es que el sujeto otorgue su autorización para participar en las diferentes fases de la intervención realizando cada una de las actividades propuestas. Este formato se aplicó en la primera sesión de evaluación.

Los instrumentos empleados durante la fase de evaluación y de seguimiento pueden revisarse en el Apéndice A. Es importante mencionar que el único instrumento que no fue incluido dentro de los apéndices es la Entrevista Diagnóstica Compuesta [CIDI], debido a que su reproducción no está autorizada (Wittchen 1994).

2.7 Escenario

El proyecto de consejo breve para universitarios se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad Médico Didáctica de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, en cubículos y cámaras Gessell asignados al Departamento de Psicología.

2.8 Procedimiento

Fase previa de identificación

La primera fase se realizó con el propósito de conocer la percepción de los jóvenes universitarios en relación con el consumo de alcohol, para lo cual se aplicó un cuestionario de 21 preguntas a estudiantes de diferentes carreras de la Universidad Autónoma de Aguascalientes con el apoyo de algunos docentes de diferentes centros (Ciencias Sociales y Humanidades, Agropecuario y el centro Biomédico). Entre los datos más importantes que se obtuvieron fue que en un bajo porcentaje los universitarios perciben que el consumo de alcohol les da la oportunidad de convivir, de reconocer los riesgos asociados al consumo y un bajo porcentaje reportaron problemas por su consumo en diferentes áreas: social, familiar y en el área de salud.

Fase de búsqueda de información.

En un segundo momento se realizó una búsqueda del estado del arte con el fin de obtener información acerca del patrón de consumo y variables psicosociales. Obteniendo como resultado, creencias positivas relacionadas con el consumo de alcohol con respecto a los trabajos llevados a cabo con universitarios que presentan un consumo excesivo de alcohol a nivel internacional y nacional, a fin de identificar aquellas intervenciones que han demostrado ser efectivas.

Como resultado de esta búsqueda se identificaron los componentes a trabajar con los jóvenes universitarios y las variables que se evaluarían para medir el impacto de las intervenciones (expectativas, situaciones de riesgo, nivel de riesgo, problemas asociados y auto-eficacia).

Enseguida se realizó la revisión de diferentes instrumentos de evaluación con el propósito de seleccionar los más pertinentes de acuerdo con el trabajo propuesto. En algunos casos se retomaron algunos apartados de los instrumentos encontrados para integrar entrevistas de evaluación general, o

en otros casos se adaptaron al contexto de la población universitaria. Los instrumentos que fueron sometidos a este análisis fueron:

- Entrevista de Admisión (*Pedroza, 2007*). Se realizó una revisión y adaptación.
- Entrevista inicial para adolescentes (*Campos, Martínez & Ayala, 2001*). Se realizó una adaptación de la entrevista utilizada en el Programa de Intervenciones Breves para adolescentes, dejando aquellos ítems, necesarios para el consejo breve con universitarios.
- Inventario sobre las consecuencias del uso de alcohol [DRINC-2R] (*Chávez, López & Gallegos, 1997*). Se realizó una revisión y adaptación de los ítems y del tipo de respuesta utilizada, dejando sólo respuestas dicotómicas.
- Auto-registro de alcohol y otras drogas (*Echeverría & Ayala, 1997*).
- Formato de consentimiento (*Flores & Salazar, 2008*). Se realizó una adaptación, adecuándolo al número de sesiones del programa.

Finalmente, los instrumentos que permanecieron sin cambios, debido a que ya se contaba con datos acerca de su confiabilidad y validez en población mexicana mayor de 18 años.

- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Organización Mundial de la Salud [OMS], 1993*).
- Línea base retrospectiva (*Sobell, Maisto, Sobell, & Cooper, 1979*). Se adaptó al año 2008.
- Test de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol (*Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 1992; Traducción y adaptación Martínez-Ranga, Pérez, Castellano & Temprado, 2001*).
- Cuestionario de expectativas relacionadas con el consumo de alcohol (*Brown & cols, 1980; traducción y adaptación Mora-Ríos & Natera, 2000*).
- Cuestionario de confianza situacional (*Annis & Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997*).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Registro de tentaciones (*Carreño, Berenzon, Medina Mora, M, Ortíz, & Juárez, 2006*).
 - Entrevista breve de seguimiento (*Hester & Miller, 1989*).
 - Validación social (*Martínez & Ayala, 2000*).

Los instrumentos fueron valorados por Licenciados en Psicología con experiencia en el área de adicciones, brindando observaciones para llevar a cabo correcciones.

Como siguiente paso, se elaboró un manual para describir cómo se conformarían las sesiones de evaluación, la sesión de consejo breve y los seguimientos, así como el folleto de reporte de resultados de consumo de alcohol. El manual y el folleto fueron revisados posteriormente por Licenciados en Psicología que trabajan en el área de adicciones, quienes realizaron sugerencias para su mejora.

Finalmente, se capacitó como consejeros a tres Licenciados en Psicología, colaboradores en investigaciones acerca de comportamientos adictivos, los que tuvieron a su cargo la atención de los jóvenes universitarios detectados como posibles candidatos para recibir la intervención.

Fase de detección de casos

El objetivo principal de esta fase, fue identificar a los universitarios que abusaban de alcohol y que presentaban problemas asociados con el mismo, para lo cual se tomaron en cuenta los resultados arrojados con la aplicación del Examen Médico Automatizado en estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Aguascalientes, del ciclo escolar 2006-2007.

Antes de contactar a los jóvenes detectados, se realizó la exposición y explicación del proyecto a las autoridades universitarias (Rector de la UAA, Decanos de los Centros de Ciencias Sociales y Humanidades y del Centro de Ciencias Básicas, Jefes de Departamento y Tutores), con el propósito de que estuvieran informados de la instrumentación de la intervención, sus características generales y solicitar el apoyo para su aplicación.

Una vez que las diferentes autoridades en la UAA estuvieron informadas acerca de la instrumentación de la intervención, se solicitó el apoyo de los tutores para que sirvieran de enlace con los alumnos. Los tutores tuvieron el encargo de entregar una invitación a los alumnos identificados como posibles candidatos a recibir la intervención, en la cual se les explicaba el propósito de la misma, la duración y se les asignaba un horario para tener una primera entrevista con ellos.

De manera adicional, se realizaron actividades de difusión del programa, tales como publicación de información en la Gaceta Universitaria, realización de carteles, pláticas informativas con el apoyo de estudiantes en psicología y salud pública.

Fase de evaluación.

A los universitarios que asistieron de manera voluntaria y que estuvieron de acuerdo en participar en la intervención, se les aplicó la primera sesión de evaluación, con una duración de una hora. La finalidad de esta sesión fue determinar si estos cumplían con los criterios de inclusión para formar parte de la sesión de consejo breve. Los instrumentos de evaluación que se les aplicaron en esta primera sesión fueron: a) Contrato de Consentimiento para ingresar al programa, b) la Entrevista de Admisión, c) la LIBARE, d) AUDIT y d) CIDI en su área de evaluación de abuso y dependencia del alcohol. Los resultados obtenidos en esta primera evaluación permitieron identificar en los estudiantes, su historia de consumo, el patrón de consumo (frecuencia y cantidad por ocasión de consumo), si el universitario presentaba un patrón de consumo perjudicial (consumo excesivo) o de riesgo con el alcohol y por último identificar posibles indicadores de dependencia a la sustancia. Si los universitarios cumplían con los criterios de inclusión se les invitaba a formar parte de la segunda sesión de evaluación. Cuando los universitarios no cubrían los criterios de inclusión debido a que ya habían disminuido su consumo, se les retroalimentaba con una serie de sugerencias para mantenerse en un consumo

moderado. Sin embargo, cuando los universitarios no cubrían los criterios de inclusión debido a que reportaban síntomas de dependencia física, se les hacía este señalamiento y se les invitaba a tomar la decisión de participar en la intervención o ingresar a una intervención más intensiva.

La segunda sesión de evaluación tenía como objetivo primordial obtener una mayor cantidad de información general acerca del universitario, así como de las variables psicosociales que se tomarían en cuenta durante la sesión de consejo breve (el nivel de auto-eficacia percibida, las expectativas hacia el consumo, las situaciones y nivel de riesgo, los problemas relacionados (personales, familiares, sociales, etc.), esto mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: a) Entrevista de Evaluación Inicial, b) AEQ, c) CCS, y el d) DrInC-2R.

Una vez concluida la fase de evaluación, se programó la sesión de consejo breve una semana después.

Fase de Intervención: Sesión de Consejo Breve.

El procedimiento de la sesión de consejo breve, se basó en el manual de “Consejo Breve para Jóvenes Universitarios que Presentan Problemas por su Consumo Excesivo de Alcohol” (Flores & Salazar, 2008). La sesión de intervención se conformó de la siguiente manera. Esta consistió en una sesión de 90 minutos, con formato individual, en la que se utilizó un folleto de reporte de resultados como apoyo al desarrollo de la sesión.

El objetivo general de la sesión fue retroalimentar a los universitarios sobre la frecuencia y la cantidad de su consumo, el análisis de los problemas relacionados y de las expectativas, sus principales situaciones de riesgo para el consumo excesivo y factores de riesgo relacionados. Esto con la finalidad de que el estudiante identificará algún aspecto de su consumo que estuviera interesado en cambiar. También se trabajó en establecimiento de una meta de cambio (abstinencia o moderación) y se desarrollaron estrategias apoyaran en el logro de su meta.

Al término de la sesión de consejo breve, se programó el primer seguimiento, un mes después de la sesión.

Fase de seguimiento

La fase de seguimiento consistió en una evaluación, que fue llevada a cabo al mes de concluido el tratamiento. El seguimiento fue realizado por los terapeutas que estuvieron trabajando con los estudiantes en las fases anteriores. Los medios de contacto fueron: vía telefónica, por internet o entrevista personal.

En el seguimiento, se analizó y retroalimentó: 1) El cumplimiento de la meta establecida, b) patrón de consumo, c) las expectativas relacionadas con el consumo de alcohol, d) las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, e) la auto-eficacia percibida en las diferentes situaciones que se tuvieron que enfrentar, f) las recaídas sí alguno de los universitarios las presentó, así como analizar las estrategias empleadas o bien el desarrollo de otras, g) Finalmente, la validación social, para medir la satisfacción personal en relación con la intervención.

3. Resultados

En este apartado se presentan los resultados de los nueve participantes que concluyeron el programa de consejo breve. La evaluación del consejo breve se realizó mediante la observación de los cambios en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) de los nueve participantes y a través del cambio en las variables psicosociales tales como: consecuencias asociadas, auto-eficacia, situaciones de riesgo, expectativas relacionadas con el consumo de alcohol, y la satisfacción manifestada por los universitarios en relación con los procedimientos y los resultados obtenidos.

Para identificar los efectos de la sesión de consejo breve sobre el patrón de consumo y las variables psicosociales, se utilizó un diseño de caso único AB, con un mes de seguimiento después de haberse llevado a cabo la sesión de consejo. Este tipo de diseño comienza con la evaluación de la conducta blanco (patrón de consumo), para obtener la tasa de línea base del desempeño antes de comenzar con contingencias específicas, al período de línea base se le denomina (**fase A**) y a la fase de tratamiento se le llama (**fase B**) y el seguimiento.

Dentro de los estudios de caso único se permite una evaluación cuidadosa de los casos individuales, por ejemplo con la línea base se obtiene la recopilación de datos, identificando el nivel existente del comportamiento y se proporciona información acerca de la gravedad del problema. En el diseño de caso la función predictiva es esencial, los datos de línea base se recopilan para ayudar a predecir el comportamiento en un futuro inmediato antes de que se lleve a cabo el tratamiento. Para evaluar el impacto de una intervención en una investigación de caso único, es necesario tener una idea de cómo será el comportamiento en el futuro con la intervención (Barlow & Hersen, 1988).

Para determinar los resultados entre la fase de evaluación y la de seguimiento se utilizaron inferencias visuales (extracción de información visual) y un análisis estadístico descriptivo no paramétrico. La prueba no paramétrica

que se utilizó fue la prueba de rangos asignados de Wilcoxon, la cual se utilizó para comparar rangos de medianas y determinar que las diferencias no se deban al azar, es decir, que la diferencia sea estadísticamente significativa. Es importante aclarar que esta prueba se utilizó para analizar las diferencias entre la fase de evaluación y seguimiento en cuanto al patrón de consumo de los universitarios, las consecuencias negativas, el nivel de riesgo, el nivel de auto-eficacia percibido, el número de situaciones de riesgo y las expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol.

A partir de la LIBARE se obtuvo el número total de tragos consumidos, el número total de días de consumo, el promedio de consumo, así como el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos. La LIBARE se utilizó para registrar los seis meses anteriores a la intervención. Por su parte el inventario sobre las consecuencias del consumo de alcohol, arrojó el número total de problemas asociados con el consumo de los universitarios durante la evaluación y el seguimiento. El cuestionario de confianza situacional permitió obtener el porcentaje de auto-eficacia percibida para enfrentar ocho diferentes situaciones de riesgo antes y después de la intervención, así como las situaciones sin riesgo, de bajo riesgo, riesgo moderado y las de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.

Por otro lado, el cuestionario de expectativas relacionadas con el consumo de alcohol permitió conocer las expectativas positivas asociadas con el consumo de alcohol en los universitarios. Por último, se empleó el cuestionario de validación social a fin de obtener la validación de la intervención, mediante la opinión de los universitarios, acerca de las metas, las sesiones, duración y los materiales empleados para el programa de consejo breve.

En un primer momento se describen las características asociadas con el consumo de alcohol de los nueve universitarios que participaron en el programa (véase Tabla 1) y, enseguida se describen las variables que se utilizaron para determinar los efectos del consejo breve.

En la Tabla 1 se observan las características de la muestra de universitarios que recibieron la sesión de consejo breve. Cabe destacar que la mayor parte de los participantes fueron del sexo masculino; que la cerveza fue la bebida de mayor consumo entre los universitarios; que la mayoría de los universitarios manifestaron tener entre dos y cuatro años de consumo, en su conjunto los universitarios presentaron algún consumo en el último mes de entre una copa y tres copas completas de alcohol, de igual forma que la mayor parte de los universitarios manifestaron haber consumido más de cinco copas en el último mes. El análisis del nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos en el último mes, mostró que dos de los universitarios se ubicaron en un riesgo bajo, dos en riesgo moderado, cuatro en riesgo alto y uno en riesgo muy alto. Es importante aclarar que un sujeto reportó un nivel bajo de riesgo, fue considerado en el estudio debido a que reportaba consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol.

En la misma tabla, también se observa que una tercera parte de la muestra expresó que el consumo de alcohol no le ocasionaba problemas, mientras que la parte restante lo consideró que su consumo era desde un pequeño hasta un gran problema.

La percepción entre los universitarios de consumir alcohol muy seguido estuvo dividida, ya que se obtuvo el mismo porcentaje para las categorías de es peligroso, no es peligroso y es muy peligroso. Cerca de la mitad de los universitarios reportó tener familiares con problemas de consumo de alcohol. La mayoría de los universitarios manifiestan tener amigos con problemas de consumo de alcohol y en menor proporción con consumo de drogas ilegales. Además la mayor parte de los universitarios reportaron haber consumido drogas ilegales de manera experimental; la mayoría reportó intentos de cambio sin asistir con anterioridad a un tratamiento específico y la mayoría en estos momentos no fuma tabaco.

Tabla 1. Características del consumo de alcohol en nueve jóvenes universitarios que recibieron el consejo breve.

Característica	Porcentaje
Género	
Mujer	33.3%
Hombre	66.6%
Principal bebida de consumo	
Cerveza	77.7%
Coolers	11.1%
Destilados	11.1%
Nivel de Riesgo	
Bajo	22.2%
Moderado	22.2%
Alto	44.4%
Muy Alto	11.1%
Tiempo total del consumo	
2 a 4 años	55.5%
5 a 6 años	22.2%
+6 años	22.2%
Consumo en el último mes, más de una copa.	
Nunca en el último mes	11.1%
Una vez en el último mes	44.4%
De dos a tres veces en el último mes	44.4%
Una o dos veces en la última semana	0.0%
Consumo de más de cinco copas en el último mes	
Nunca en el último mes	11.1%
Una vez en el último mes	0.0%
De dos a tres veces en el último mes	66.6%
Una o dos veces en la última semana	22.2%
Percepción del consumo de alcohol	
Sin problemas	22.2%
Un pequeño problema	33.3%
Un problema menor	11.1%
Un problema mayor	22.2%
Un gran problema	11.1%
Percepción de riesgo (consumo seguido)	
No es peligroso	33.3%
Es peligroso	33.3%
Muy peligroso	33.3%
Familiares con problemas de consumo de alcohol	
Papá	22.2%
Mamá	0.0%
Hermanos	0.0%
Otros familiares que viven en su casa	44.4%
Familiares con problemas de consumo de drogas	
Papá	0.0%
Mamá	0.0%
Hermanos	0.0%
Otros familiares que viven en su casa	22.2%
Amigos con problemas	
Consumo de alcohol	55.5%
Consumo de drogas	44.4%

Consumo de tabaco	
Nunca ha fumado	11.1%
Actualmente fuma	44.4%
Ex fumador (menos de un año)	33.3%
Ex fumador (más de un año)	11.1%
Consumo de drogas	
No	44.4%
Si (Mariguana, cocaína, heroína etc.)	55.5%
Intentos de cambio	
No	33.3%
Si	66.6%

NOTA: La información se obtuvo de la Entrevista de Admisión y de la Entrevista Inicial.

En cuanto al patrón de consumo y el nivel de riesgo, es importante señalar que para evaluar las diferencias entre la fase de evaluación y la de seguimiento, se retomaron los datos de la LIBARE y del auto-registro del consumo de los 30 días posteriores al consejo breve. Sin embargo, para determinar si este cambio era estadísticamente significativo solo se retomaron los últimos 30 días de la Línea Base, comparándolos contra los 30 días de la fase de seguimiento.

Al hacer un análisis de inferencia visual agrupando a los nueve participantes de alcohol se encontró (ver figura 2): en la fase de evaluación el consumo reportado por los universitarios oscilo en promedio 1.33 copas por ocasión de consumo con una media de consumo para la fase de evaluación de 38.7 ($DE= 37.8$), con respecto a la fase de seguimiento, se observa que el consumo presentado por ellos fue de 0.364 copas con una media de 11.0 ($DE= 7.38$).

En la figura 2 se puede observa como el patrón de consumo disminuyó con la introducción del tratamiento, al igual que se identifica una reducción en el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos, solo dos sujetos se ubicaron entre un riesgo alto y muy alto en una sola ocasión de consumo, mientras que seis de los universitarios se ubicaron en un riesgo bajo y moderado y uno se mantuvo en abstinencia después del mes de seguimiento.

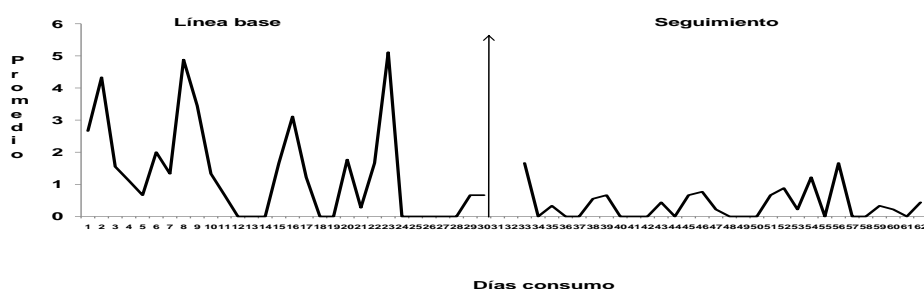


Figura 2. Presenta el promedio de consumo de alcohol de los últimos 30 días de la fase de evaluación y los 30 días del seguimiento, considerando a la muestra total de universitarios. En la gráfica se puede observar una línea vertical que indica la separación entre la fase de evaluación y la de seguimiento.

En la Tabla 2 se puede observar, los días de consumo y de abstinencia de los nueve sujetos en la fase de evaluación (últimos 30 días de la Línea base) y en la fase de seguimiento.

En una primera columna se encuentra el número de los participantes que conformaron la sesión de consejo breve. En la columna de días de consumo se observan cinco divisiones en las que se manifiesta la cantidad de días de consumo con bajo riesgo, los días de consumo de riesgo moderado, riesgo alto, los días de consumo muy alto, el total de los días de consumo el promedio obtenido y en una tercera columna se muestran los días de abstinencia. La información se presenta tanto para la fase de evaluación como la de seguimiento.

Para el participante 1 (F), podemos observar que en la fase de evaluación tomando como referencia los últimos 30 días de la línea base, presentó siete ocasiones de consumo, en un rango de entre 0 a 12 copas, con un promedio de 6.1 copas por ocasión de consumo, teniendo un consumo total de 43 copas a lo largo de los último 30 días de la línea base, ubicándose en un nivel de riesgo alto para la ocurrencia de problemas agudos. En la fase de seguimiento la participante consumió un total de siete ocasiones, en un rango

de 0 a 4 copas, con un promedio de 2.7 copas, y con un total de 19 copas, ubicándose en un nivel de riesgo moderado.

El participante 2 (**M**), presentó una sola ocasión de consumo, ubicado su consumo en un rango entre 0 a 9 copas, consumiendo un total de 9 copas en una sola ocasión. Identificando que se encuentra ubicado en un nivel de riesgo alto para la ocurrencia de problemas agudos. En la fase de seguimiento el participante consumió cuatro ocasiones, en un rango de 0 a 4, con un promedio de 0.83 copas, con un total de cinco copas, ubicándose en un nivel de riesgo bajo.

El participante 3 (**M**), en la fase de evaluación presentó 2 ocasiones de consumo en un rango de 0 a 6 copas, con un promedio de 4 copas por ocasión de consumo, presentando un consumo total de 8 copas. Identificando que se encuentra ubicado en un nivel de riesgo bajo para la ocurrencia de problemas agudos. En la fase de seguimiento presentó consumo en 6 ocasiones, en un rango de 0 a 3 copas, con un promedio de 2.5 copas estándar por ocasión de consumo, teniendo un total de 15 copas estándar, ubicándose en un nivel de riesgo bajo.

El participante 4 (**M**), en la fase de evaluación reportó 4 ocasiones de consumo, en un rango de 0 a 17 copas, con un promedio de 11.5 copas por ocasión de consumo, teniendo un consumo total de 46 copas a lo largo de los 30 últimos días de la Línea Base, ubicándose en un nivel de riesgo muy alto para la ocurrencia de problemas agudos. En la fase de seguimiento consumió un total de 3 ocasiones, en un rango de 0 a 10 copas estándar, con un promedio de 3.3 copas por ocasión de consumo, teniendo un consumo total de 10 copas, ubicándose en un nivel de riesgo bajo a lo largo de la fase de seguimiento.

Para el participante 5 (**M**), presentó 2 ocasiones de consumo en fase de evaluación, en un rango de entre 0 a 3 copas, con un promedio de 2.1 copas por ocasión de consumo, con un total de 6.5 copas, ubicándose en un nivel de

riesgo bajo para la ocurrencia de problemas agudos. Mientras que en la fase de seguimiento, tuvo 2 ocasiones de consumo, con un rango de 0 a 15 copas, con un promedio de 11.5 copas por ocasión de consumo, teniendo un total de 23 copas, ubicándose en un nivel de riesgo muy alto.

El participante 6 (**F**), presentó 4 ocasiones de consumo, en un rango de entre 0 a 4 copas, con un promedio de 2.75 copas por ocasión de consumo, teniendo un total de 11 copas estándar a lo largo de los 30 últimos días de la línea base, ubicándose en un nivel de riesgo moderado para la ocurrencia de problemas agudos. Para la fase seguimiento presentó 2 ocasiones de consumo, con un rango de 0 a 6 copas, con un promedio de 5 copas por ocasión de consumo, presentando un consumo total de 10 copas estándar, ubicándose en un nivel de riesgo alto.

El participante 7 (**F**) podemos observar que en la fase de evaluación tuvo 8 ocasiones de consumo, con un rango de 0 a 8 copas, con un promedio de 5.12 copas por ocasión de consumo, presentando un consumo total de 41 copas a lo largo de los últimos 30 días. Identificando que se encuentra ubicado en un nivel de riesgo alto para la ocurrencia de problemas agudos. En el seguimiento presentó una sola ocasión de consumo, con un rango de 0 a 4, con un total de 4 copas estándar, ubicándose en un nivel de riesgo moderado, para la ocurrencia de problemas agudos.

El participante 8 (**M**) en la fase de evaluación presentó 15 ocasiones de consumo, con un rango de 0 a 40 copas, con un promedio de 8.26 copas estándar por ocasión de consumo, presentando un consumo total de 124 copas, a lo largo de los últimos 30 días de la línea base, ubicándose en un nivel de riesgo alto para la ocurrencia de problemas agudos. En la fase de seguimiento el participante no presentó ningún consumo, manteniendo los 30 días de abstinencia, ubicándose en un nivel sin riesgo, para la ocurrencia de problemas agudos.

El participante 9 (**M**) en la fase de evaluación presentó 10 ocasiones de consumo, con un rango de entre 0 a 6 copas, con un promedio de 6 copas por ocasión de consumo, presentando un total de 60 copas, ubicándose en un nivel de riesgo moderado para la ocurrencia de problemas agudos. Para la fase de seguimiento, presentó 6 ocasiones de consumo, con un rango de 0 a 3 copas, con un promedio de 2.16 copas por ocasión de consumo, teniendo un total de 13 copas, ubicándose en un nivel de riesgo bajo para la ocurrencia de problemas agudos.

Al observar la Tabla 2 se puede identificar los días de consumo, considerando el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos presentados por los nueve universitarios tanto en la fase de evaluación como en la de seguimiento. Es importante mencionar que el nivel de riesgo se determina con base en la cantidad promedio de consumo y el sexo de los participantes, por lo que en la columna de participantes, se identifica a las mujeres (**F**) y a los hombres (**M**).

Se logra observar que en general la gran mayoría de los participantes tienen número elevado de días de abstinencia tanto en la evaluación como en el seguimiento, aunque cuatro de ellos aumentaron sus días de abstinencia en el seguimiento. Siete de los nueve universitarios al finalizar la fase de seguimiento presentaron una disminución en el promedio y en el nivel de riesgo asociados con el consumo de alcohol.

Tabla 2. Muestra los días de consumo y días de abstinencia tanto en la fase de evaluación como en la de seguimiento, en los nueve universitarios que concluyeron el consejo breve.

P	EVALUACIÓN						SEGUIMIENTO							
	Días de consumo					Abstinencia	Días de consumo					Abstinencia		
	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto	Total	Promedio	Total Abstinencia	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto	Total	Promedio	Total Abstinencia
1(F)	1	1	3	2	7	6.1	23	4	3	0	0	7	2.7	23
2(M)	0	0	1	0	1	9.8	29	4	0	0	0	4	0.83	26
3(M)	1	1	0	0	2	4	28	6	0	0	0	6	2.5	24
4(M)	0	1	1	2	4	11.5	26	2	1	0	0	3	3.3	27
5(M)	3	0	0	0	3	2.1	27	0	0	1	1	2	11.4	28
6(F)	1	3	0	0	4	2.75	26	0	1	1	0	2	5	28
7(F)	1	3	2	2	8	5.12	22	0	1	0	0	1	4	29
8(M)	0	1	0	1	1	8.26	15	0	0	0	0	0	0	30
		4		5										
9(M)	0	1	0	0	1	6	20	6	0	0	0	6	2.16	24

P (Participantes), F (Femenino), y M (Masculino).

Para corroborar si las diferencias entre la fase de evaluación y seguimiento en la cantidad de tragos estándar fue significativa entre la fase de evaluación y la de seguimiento, se realizó un análisis con la prueba de Wilcoxon, el cual mostró diferencias significativas de la evaluación al seguimiento $T(N=9) = -1.836, p < 0.5$, lo que significa que en conjunto los universitarios redujeron de manera significativa su cantidad promedio de consumo.

Por otro lado, para identificar si el número de áreas afectadas por el consumo de alcohol disminuyó de la fase de línea base a la fase de seguimiento, se comparó el número de áreas afectadas entre los universitarios, mediante las respuestas del inventario sobre las consecuencias de uso de alcohol, dicho instrumento está conformado por seis áreas en las que los

universitarios manifestaron tener problemas: 1) Salud/Física, 2) Laboral/Escolar 3) Familiar, 4) Social, y 5) Emociones agradables, 6) Emociones desagradables. De las cuales solo se retomaron las consecuencias negativas, no tomando en cuenta el área de emociones agradables.

Al realizar el análisis de inferencia visual (véase Figura 3), se identificó que de la fase de evaluación a la fase de seguimiento se dio una disminución en el número de áreas afectadas por el consumo de alcohol, observando que en el área que se reportó un índice mayor de problemas como lo es en la de salud/física, se presentó una pequeña disminución, mientras que en las áreas familiar, social y de emociones desagradables, el cambio es evidente con respecto a la fase de evaluación. Como dato relevante, en el área Laboral/escolar los universitarios no reportaron a largo de la fase de seguimiento haber tenido ninguna dificultad a causa del consumo de alcohol.

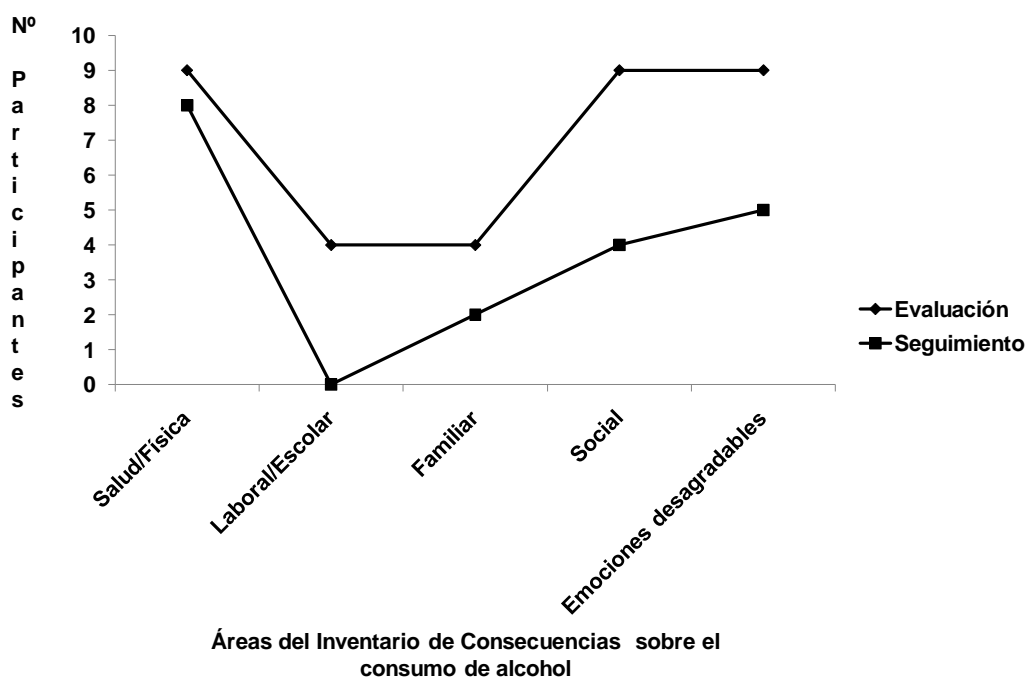


Figura 3. La gráfica muestra las consecuencias negativas asociadas con el consumo de alcohol reportadas por los universitarios, antes y después de la sesión de consejo breve.

Enseguida se realizó un análisis individual con el propósito de identificar en cada uno de los universitarios el número de problemas asociados con el consumo de alcohol de la fase de evaluación a la del seguimiento.

El participante 1 (**F**) reportó en la fase de evaluación problemas en las áreas de salud/física, social y en el área de emociones desagradables, mientras que para la fase de seguimiento reportó problemas en las áreas de salud/física, social y en la de emociones desagradables, con un número menor de problemas asociados para cada una de las áreas en dicha fase.

El participante 2 (**M**) reportó en la fase de evaluación problemas en las áreas de salud/física, social y en el área de emociones desagradables, mientras que para la fase de seguimiento manifestó problemas en las áreas de salud/física y social, observando una disminución del número de problemas reportados en esta fase.

El participante 3 (**M**) reportó en la fase de evaluación problemas en las áreas de salud/física, social y de emociones desagradables, mientras que para la fase de seguimiento el participante manifestó problemas en las áreas de salud/física y social, observándose una disminución en ambas áreas en dicha fase.

El participante 4 (**M**) reportó en la fase de evaluación presentó problemas en las áreas de salud/física, laboral/escolar, familiar, social y en el área de emociones desagradables, para la fase de seguimiento manifestó problemas en las áreas de salud/física y en le área de emociones desagradables, observando una disminución en ambas áreas con respecto a la evaluación.

El participante 5 (**M**) reportó para la fase de evaluación problemas en las áreas de salud/física, social y emociones desagradables, para la fase de seguimiento reportó problemas en las áreas de salud/física, en el área social y de emociones desagradables, observando una disminución en el número de problemas en relación con la fase de evaluación.

El participante 6 (**F**) reportó para la fase de evaluación problemas en las áreas de salud/física, social y de emociones desagradables, mientras que para la fase de seguimiento reportó problemas en las áreas de salud/física, social y en la de emociones desagradables.

El participante 7 (**F**) reportó para la fase de evaluación problemas en las áreas laboral/ escolar, familiar, social y emociones desagradables, mientras que para la fase de seguimiento reportó problemas en las áreas familiar, social y en el área de emociones desagradables.

El participante 8 (**M**) reportó para la fase de evaluación problemas en las áreas de salud/física, laboral/escolar, familiar, social y en el área de emociones desagradables, mientras que para la fase de seguimiento, el participante reportó no haber presentado ningún problema asociado con el consumo de alcohol.

El participante 9 (**M**) reportó en la fase de evaluación problemas en las áreas de salud/física, laboral/escolar, familiar, social y emociones desagradables, mientras que en la fase de seguimiento reportó problemas en las áreas salud/física, familiar, social y emociones desagradables, observando una disminución en el número de problemas en relación con la fase de evaluación.

Para corroborar cambios estadísticos significativos en el número de áreas afectadas, se usó la prueba de rangos de Wilcoxon, la cual mostró diferencias significativas entre la fase de evaluación con una media de 3.88 ($DE=1.05$) y la del seguimiento con una media de 2.22 ($DE=1.39$), y con una $T(N=9) = -2.388$, $p < .05$, encontrando con ello una disminución en el número de áreas afectadas entre los universitarios en la fase de seguimiento.

Otra de las variables analizadas para evaluar la efectividad del programa fue la auto-eficacia (capacidad que tienen los sujetos para controlar sus situaciones de consumo). Para evaluar esta variable se empleó el CCS, con el cual se evaluaron ocho situaciones (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando mi control, necesidad física, conflictos con otros, presión social y momentos agradables con otros). Los resultados se

analizaron en cuatro niveles, para cada una de las situaciones, estos niveles fueron: 1) Poca confianza, 2) Confianza baja, 3) Confianza moderada y 4) Confianza alta. Se comparó el porcentaje promedio de confianza reportado por los universitarios en las ocho escalas durante la fase de evaluación y el seguimiento a un mes, clasificando en los niveles descritos previamente.

El análisis de inferencia visual (véase figura 4), permitió identificar que en la fase de evaluación, la mayoría de las situaciones estaban entre una confianza moderada y alta (70%), mientras que en el seguimiento todos los universitarios se percibieron con auto-eficacia alta en todas las situaciones evaluadas.

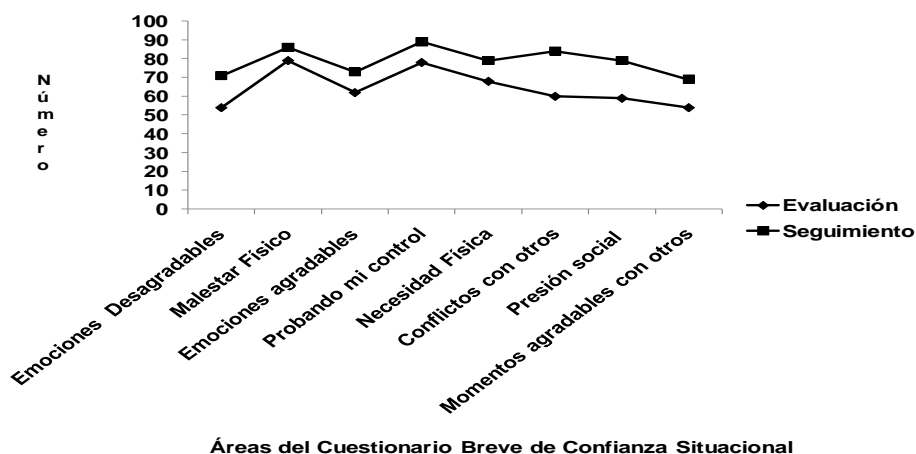


Figura 4. La gráfica muestra el porcentaje promedio en cada una de las áreas del Cuestionario de Confianza Situacional, durante la fase de evaluación y seguimiento.

Por su parte, el análisis con la prueba Wilcoxon, mostró que no existieron diferencias significativas entre la fase de evaluación y seguimiento en ninguna de las situaciones evaluadas (véase Tabla 3). Sin embargo, la falta de diferencias entre ambas fases se debió a que desde un inicio los participantes se percibieron en su mayoría con una auto-eficacia moderada para controlar su consumo.

Tabla 3. Análisis estadístico del índice de riesgo situacional en las situaciones de riesgo de consumo medidas por el Cuestionario de Confianza Situacional, durante la evaluación y el seguimiento.

Situaciones	Media Evaluación	Desviación Estándar	Media Seguimiento	Desviación Estándar	Valor Z
Emociones desagradables	2.77	1.20	3.33	1.11	-1.078
Malestar Físico	3.77	.44	3.66	1.00	.000
Emociones agradables	2.88	1.05	3.44	1.01	-1.089
Probando mi control	3.44	1.01	3.77	.44	-.816
Necesidad Física	3.22	1.30	3.55	.72	-.816
Conflictos con otros	2.77	1.30	3.66	1.00	-1.169
Presión social	3.00	1.00	3.66	1.00	-1.293
Momentos agradables con otros	2.77	1.48	3.33	1.11	-1.289

Con base en este mismo cuestionario se clasificaron a las situaciones que lo conforman en cuatro categorías: 1) Situaciones de alto riesgo, con un puntaje de 0 a 20% 2) Situaciones de riesgo moderado, con un puntaje de 21 a 40%, 3) Situaciones de bajo riesgo, con un puntaje de 41 a 70%, y 4) Situaciones sin riesgo, con un puntaje de 71 a 100%.

En la Tabla 4 se observa el número de situaciones de riesgo y sin riesgo que tuvo cada uno de los participantes en la fase de evaluación y seguimiento. Como se muestra cinco de los nueve universitarios reportaron tener situaciones de muy alto riesgo en la fase de evaluación, de los cuales cuatro disminuyeron, ubicándose dichas situaciones en bajo riesgo en relación con la fase de seguimiento.

Enseguida se realizó un análisis individual con el propósito de identificar en cada uno de los universitarios el número de situaciones de riesgo asociadas con el consumo de alcohol de la fase de evaluación a la del seguimiento.

El participante 1 (**F**) reportó para la fase de evaluación dos situaciones de bajo riesgo, mientras que para la fase de seguimiento, manifestó dos situaciones una de alto riesgo, y una de riesgo moderado, en el caso particular de este participante no hay disminución en el número de situaciones de riesgo y aumenta el nivel de riesgo en cada una de las situaciones.

El participante 2 (**M**) reportó para la fase de evaluación una situación de riesgo moderado y una de bajo riesgo, mientras que para la fase de seguimiento reportó solo una situación de bajo riesgo, identificando que de la fase de evaluación a la de seguimiento se presentó un aumento en el número de situaciones sin riesgo y con ello disminuyó el nivel de riesgo en cada una de las situaciones.

El participante 3 (**M**) reportó para la fase de evaluación tres situaciones de alto riesgo, mientras que para la fase de seguimiento reportó dos situaciones de alto riesgo, identificando de manera particular que en este participante se presentó una pequeña disminución en el número de situaciones de alto riesgo.

El participante 4 (**M**) reportó para la fase de evaluación dos situaciones de riesgo bajo, mientras que para la fase de seguimiento reportó no haber presentado ninguna situación de riesgo.

El participante 5 (**M**) reportó para la fase de evaluación una situación de alto riesgo, dos de riesgo moderado y tres de bajo riesgo, mientras que para la fase de seguimiento presentó tres situaciones de alto riesgo y dos de bajo riesgo, identificando un aumento en el número de situaciones de alto riesgo, y una disminución en las situaciones de bajo riesgo de la fase de evaluación a la de seguimiento.

El participante 6 (**F**) reportó para la fase de evaluación seis situaciones de bajo riesgo, mientras que para la fase de seguimiento reportó tres situaciones de bajo riesgo, identificando una disminución en el número de las situaciones de bajo riesgo.

El participante 7 (**F**) reportó para la fase de evaluación cinco situaciones de alto riesgo, una de riesgo moderado y una de bajo riesgo, mientras que

para la fase de seguimiento reportó una de bajo riesgo, observando una disminución de riesgo en cada una de las situaciones.

El participante 8 (M), reportó para la fase de evaluación una situación de alto riesgo, una de riesgo moderado y dos de bajo riesgo, mientras que para la fase de seguimiento, reportó una situación de bajo riesgo, observando una disminución de riesgo en cada una de las situaciones.

El participante 9 (M), reportó para la fase de evaluación tres situaciones de alto riesgo, dos de bajo riesgo y tres situaciones sin riesgo, mientras que para la fase de seguimiento, reportó dos situaciones de riesgo moderado, observando una disminución de riesgo en cada una de las situaciones.

Tabla 4. Análisis individual del número de situaciones por nivel de riesgo, durante la evaluación y el seguimiento, de los nueve participantes del consejo breve.

P	EVALUACIÓN				SEGUIMIENTO			
	Alto Riesgo	Moderado	Bajo	Sin Riesgo	Alto Riesgo	Moderado	Bajo	Sin Riesgo
1(F)	0	0	2	6	1	1	0	6
2(M)	0	1	1	6	0	0	1	7
3(M)	3	0	0	5	2	0	0	6
4(M)	0	0	2	6	0	0	0	8
5(M)	1	2	3	2	3	0	2	3
6(F)	0	0	6	2	0	0	3	5
7(F)	5	1	1	1	0	0	1	7
8(M)	1	1	2	4	0	0	1	7
9(M)	3	0	2	3	0	2	0	6

P (participantes), F (Femenino), M (Masculino).

La prueba de rangos de Wilcoxon, mostró diferencias significativas entre la fase de evaluación con una media de 4.44 ($DE= 2.18$), y la de seguimiento con una media de 1.88 ($DE=1.45$), con una $T (N= 9) = - 2.539$, $p < 0.5.$, en el número de situaciones de riesgo, es decir, los universitarios reportan un menor número de situaciones de riesgo en el seguimiento.

Con respecto a la variable Expectativas relacionadas con el consumo de alcohol, se pidió que analizaran las respuestas dadas al cuestionario de expectativas relacionadas con el consumo de alcohol, el cual está dividido en

ocho áreas: 1) Facilitador de la interacción, 2) Expresividad verbal, 3) Desinhibición, 4) Incremento de la sexualidad, 5) Reducción de la tensión psicológica, 6) Reducción de la tensión física, 7) Agresividad y sentimiento de poder y 8) Cambios psicofisiológicos. Se compararon las ocho áreas evaluadas en la fase de evaluación y la fase de seguimiento.

El análisis de inferencias visuales muestra de manera general que las áreas en las que se presentó cambios son: 1) Facilitador de la interacción, 2) Expresividad verbal, 3) Desinhibición, 4) Reducción de la tensión psicológica, 5) Reducción de la tensión física, 6) Agresividad y sentimiento de poder y 7) Cambios psicofisiológicos, aunque se observa mayor cambio en las áreas de expresividad verbal, en la de reducción de la tensión física y reducción de la tensión psicológica, mientras que en las áreas de desinhibición y agresividad y sentimiento de poder se dio un cambio en menor medida, sólo en una de las ocho áreas (incremento de la sexualidad), no se presentó un cambio.

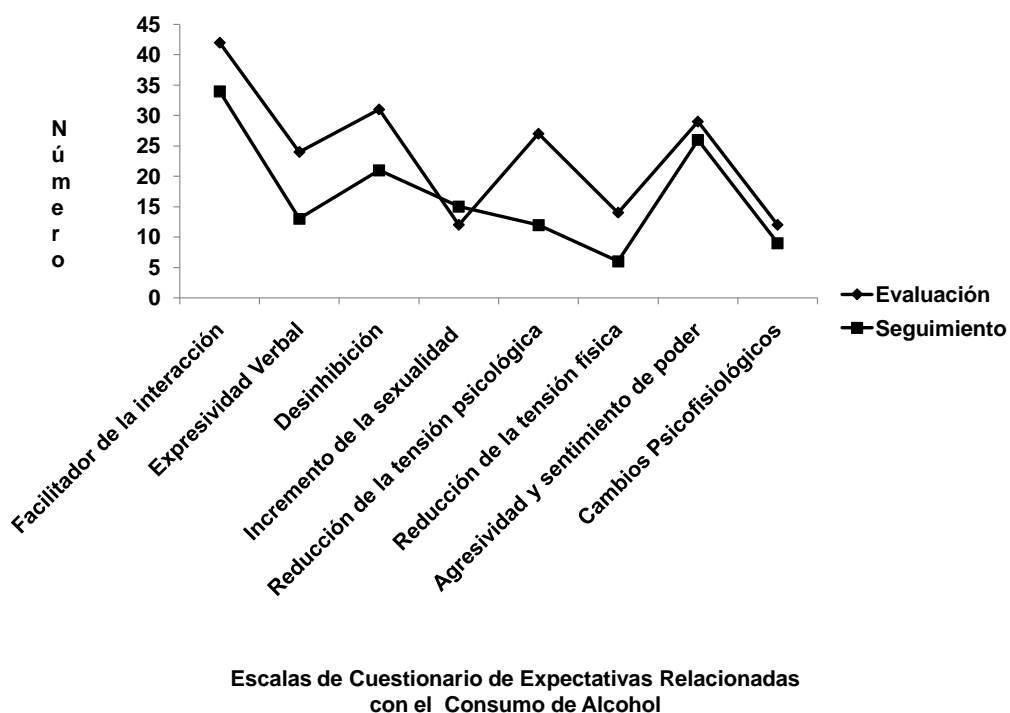


Figura 5. La gráfica muestra las Expectativas Positivas Relacionadas con el Consumo de Alcohol, reportadas por los universitarios antes y después del tratamiento.

En la Tabla 5 muestra el número de expectativas reportadas por los nueve universitarios tanto en la fase de evaluación como en la de seguimiento.

Enseguida se realizó un análisis individual con el propósito de identificar en cada uno de los universitarios el número de expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol de la fase de evaluación a la del seguimiento.

El participante 1 (**F**) reportó en la fase de evaluación expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol en seis áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó solamente cuatro. Además se observa que en las áreas que sigue reportando existe una disminución en el puntaje.

El participante 2 (**M**) reportó en la fase de evaluación expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol en ocho áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó solamente tres. Además se observa que en una de las áreas (facilitador de la interacción) se presentó un incremento en el puntaje, mientras que en las otras dos áreas reportadas existe una disminución en el puntaje (desinhibición y cambios psicofisiológicos).

El participante 3 (**M**) reportó en la fase de evaluación expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol en siete áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó solamente cuatro. Además se observa que en las áreas que sigue reportando existe una disminución en el puntaje.

El participante 4 (**M**) reportó en la fase de evaluación expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol en siete áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó solamente tres. Además se observa que en dos de las áreas reportadas presentó una disminución en el puntaje (expresividad verbal y reducción de la tensión psicológica), mientras que en el área de agresividad y sentimiento de poder el puntaje se mantiene.

El participante 5 (**M**) reportó en la fase de evaluación expectativas relacionadas con el consumo de alcohol en ocho de las áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó solamente cinco. Además se observa que en las áreas reportadas se presentó una disminución en el puntaje.

El participante 6 (**F**) reportó en la fase de evaluación expectativas relacionadas con el consumo de alcohol en siete de las áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó un aumento en el número de las áreas reportadas y un aumento en el puntaje de las áreas de facilitador de la interacción, expresividad verbal, desinhibición, incremento de la sexualidad, reducción de la tensión física y en la de cambios psicofisiológicos; se presentó una disminución en el puntaje en el área de reducción de la tensión psicológica y se mantuvo el puntaje en el área de agresividad y sentimiento de poder .

El participante 7 (**F**) reportó en la fase de evaluación expectativas relacionadas con el consumo de alcohol en ocho de las áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó siete áreas. Además se observa que en cuatro de las áreas disminuye el puntaje (facilitador de la interacción, desinhibición, incremento de la sexualidad y reducción de la tensión física), mientras que en una el puntaje aumenta (reducción de la tensión psicológica) y en dos áreas el puntaje se mantiene (expresividad verbal y agresividad y sentimiento de poder).

El participante 8 (**M**) reportó en la fase de evaluación expectativas relacionadas con el consumo de alcohol en cinco de las áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento reportó seis. Se puede observar de manera particular que en este participante se dio un aumento en el número de áreas evaluadas; presentando una disminución en el puntaje en las áreas de expresividad verbal, desinhibición y agresividad y sentimiento de poder y un aumento en las áreas de facilitador de la interacción, incremento de la sexualidad, y en el área de cambios psicofisiológicos; mientras que las otras áreas se mantuvo el número de expectativas en ambas fases.

El participante 9 (M) reportó en la fase de evaluación expectativas relacionadas con el consumo de alcohol en ocho áreas evaluadas, mientras que en la fase de seguimiento se mantuvo el número de áreas evaluadas; en las áreas que se presentó un incremento en el puntaje fue en el área de incremento de la sexualidad y en la de agresividad y sentimiento de poder, cambios psicofisiológicos y una disminución en las áreas de reducción de la tensión psicológica, reducción de la tensión física; mientras que las otras áreas se mantuvo el número de expectativas en ambas fases.

Tabla 5. Muestra el número de expectativas reportadas en cada una de las áreas que conforman el Cuestionario de Expectativas Relacionadas con el Consumo de Alcohol por los universitarios, tanto en la fase de evaluación como en la de seguimiento.

P	EVALUACIÓN								SEGUIMIENTO							
	FI	EV	D	IS	RTP	RTF	AP	CP	FI	EV	D	IS	RTP	RTF	AP	CP
1(F)	6	2	4	0	2	2	1	1	2	0	1	0	0	0	1	2
2(M)	3	3	1	1	1	1	0	2	4	0	2	0	0	0	0	1
3(M)	3	1	2	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0
4(M)	2	3	2	0	6	1	5	1	0	1	0	0	1	0	5	0
5(M)	9	3	5	1	4	3	6	3	7	0	2	0	1	1	3	0
6(F)	6	1	3	2	5	1	7	0	7	2	5	4	2	2	7	2
7(F)	5	2	5	6	1	2	1	2	3	2	4	4	2	0	1	1
8 (M)	1	4	4	0	2	0	2	0	3	2	2	4	2	0	0	1
9(M)	7	5	5	1	6	3	6	1	7	5	5	3	4	2	8	2

P (participantes), F (femenino), M (masculino). Áreas que conforman el cuestionario de expectativas. FI (facilitador de la interacción), EV (Expresividad verbal), D (desinhibición), IS (Incremento de la sexualidad), RTP (reducción de la tensión psicológica), RTF (reducción de la tensión física), AP (Agresividad y sentimiento de poder) y CP (Cambios psicofisiológicos).

Por su parte, el análisis con la prueba Wilcoxon mostró que en cinco de las áreas que se manejan en el cuestionario de expectativas no se dio un

cambio estadísticamente significativo, tales el caso del área de facilitador de la interacción, desinhibición, incremento de la sexualidad, agresividad y sentimiento de poder y el área de cambio psicofisiológicos. Por su parte en las áreas de expresividad verbal, reducción de la tensión psicológica, y reducción de la tensión física se observan cambios estadísticamente significativos (véase tabla 6).

Tabla 6. Análisis estadístico de las expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol medidas con el Cuestionario de Expectativas Relacionadas con el Consumo de Alcohol.

Área	Media Evaluación	Desviación Estándar	Media Seguimiento	Desviación Estándar	Valor Z
Facilitador de la Interacción	4.66	2.59	3.77	2.68	-1.438
Expresividad Verbal	2.66	1.32	1.44	1.58	*-2.020
Desinhibición	3.44	1.50	2.33	1.93	-1.706
Incremento de la Sexualidad	1.33	1.87	1.66	2.00	-.514
Reducción de la tensión psicológica	3.00	2.29	1.33	1.32	*-2.124
Reducción de la tensión física	1.55	1.01	.66	.86	*-1.994
Agresividad y sentimientos de poder	3.22	2.72	2.88	3.05	-.816
Cambios psicofisiológicos	1.33	1.00	1.00	.86	-.551

* $p < .05$

Para evaluar la satisfacción de los universitarios en relación con las metas, la duración, los materiales, ejercicios y contenidos de la intervención, se les pidió a los universitarios que evaluaran la intervención mediante un cuestionario (validación social). En la figura 6, se observa que cinco de los universitarios mencionaron estar muy de acuerdo con que la intervención fue útil para resolver su problema de consumo de alcohol, mientras que tres mencionaron estar de acuerdo y uno de ellos manifestó estar indeciso. En cuanto al tiempo de la intervención y contenido de los materiales, cuatro mencionaron estar muy de acuerdo y tres en estar de acuerdo de que el tiempo fue suficiente, uno manifestó estar indeciso al respecto sólo uno expresó que

el tiempo de la intervención no fue suficiente. En cuanto a los materiales uno de los universitarios se ubica en estar muy de acuerdo, siete estar de acuerdo, mientras que uno de ellos menciona estar indeciso. Por último, en las variables de comprensión de los materiales y recomendación del programa, cinco universitarios reportaron estar muy de acuerdo con la comprensión de los materiales y la recomendación del programa, mientras que cuatro solo dijeron estar de acuerdo.

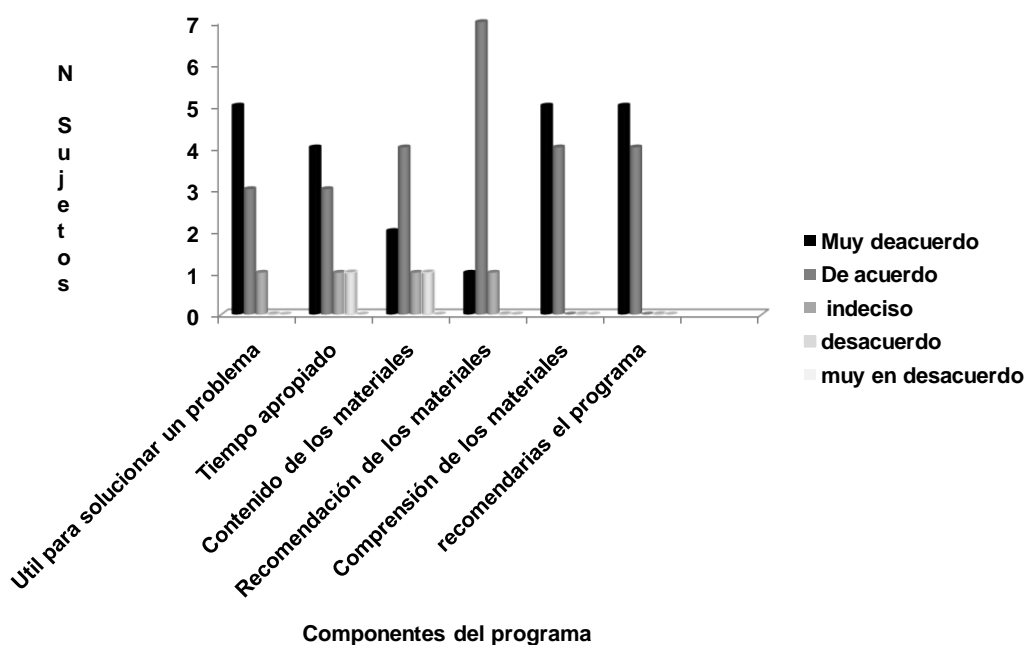


Figura 6. La gráfica muestra el porcentaje de satisfacción de cada uno de los participantes con cada uno de los componentes del Consejo breve. Los datos se obtuvieron del cuestionario de validación social.

4. Discusiones

El objetivo general de este trabajo fue desarrollar y evaluar una sesión de consejo breve, a fin de determinar sus efectos sobre el patrón de consumo de alcohol, problemas relacionados y algunas variables psicosociales (consecuencias negativas, nivel de riesgo situacional, auto-eficacia, situaciones de riesgo y expectativas), en una muestra de nueve universitarios.

En un primer momento mediante los resultados arrojados con el Examen Médico Automatizado (*EMA, 2006*), aplicado entre los jóvenes universitarios de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Aguascalientes, se detectó que una de las principales problemáticas entre los universitarios es el consumo excesivo de alcohol. Enseguida, se realizó una búsqueda del estado del arte con respecto a los trabajos llevados a cabo con universitarios que presentan esta misma problemática, con lo que se logró identificar el tipo de intervenciones que se realizan con este grupo de la población a nivel internacional y nacional.

Las intervenciones breves han sido evaluadas a nivel internacional con adolescentes (*Wagner, Brown, Monti, Myers & Waldron, 1999*) adultos bebedores problema (*Annis, Sobell, Ayala, Rybakowski, Sandahl, Sauders, Thomas, & Ziolkowski, 1996*), con universitarios (*Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt, 1999*), y con personas fumadoras (*Rosen & Maurer, 2008*). En México, el Dr. Héctor Ayala y sus colaboradores probaron el programa de auto control dirigido para bebedores problema (*Ayala, 1998*), usuarios de cocaína (*Oropeza & Ayala, 2001*), con individuos fumadores (*Lira, 2002*), y con adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (*Martínez, 2003; Martínez, Pedroza, Salazar, Ruiz & Ayala, 2008*). Encontrándose que el trabajo con estos grupos poblacionales han sido costo-efectivo. Sin embargo, a nivel nacional no existe el reporte de intervenciones dirigidas a jóvenes universitarios que presentan un consumo excesivo de alcohol, siendo este uno de los primeros esfuerzos por demostrar el impacto de las intervenciones breves con modalidad de consejo breve en el patrón de consumo de los universitarios y otras variables psicosociales.

En un primer momento, se eligieron los componentes que se trabajarían con jóvenes universitarios, con base en la revisión de los trabajos realizados de manera previa. Para la realización de este trabajo se tomaron como base el Consejo breve desarrollado para adolescentes mexicanos que habitan en zonas urbanas y rurales y que inicial el consumo de alcohol (*Martínez, Pedroza, & Salazar, 2008*), el Programa Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students [BASICS] (*Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt, 1999*), el cual es un programa preventivo que se realizó para estudiantes de la universidad de Washington y que han presentado episodios de consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados, y el Programa de Intervenciones breves en adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría (*Carreño, Berenzon, Medina-Mora, Ortíz & Juárez, 2006*) Con base en la revisión de estos programas se determinó cómo quedaría conformado el consejo breve que se evaluó para este trabajo.

En un segundo momento, se seleccionaron los instrumentos de evaluación, en algunos casos se realizaron adaptaciones y por último se elaboró un manual para describir cómo se conformarían las sesiones de evaluación, la sesión de consejo breve y el seguimiento. También, se realizó un folleto de reporte de resultados del consumo de alcohol, el cual se empleó durante la sesión de consejo breve.

El siguiente paso fue identificar a los universitarios que abusaban del alcohol y que presentaban problemas relacionados con el mismo. Para la detección de estos casos se consideraron los resultados del Examen Médico Automatizado y se les invitó a los jóvenes universitarios a participar en el programa, de manera adicional se realizaron actividades de difusión del programa, tales como publicación de información en la Gaceta Universitaria, realización de carteles, pláticas informativas y enseguida se trabajo con la implementación del programa con los jóvenes universitarios.

El programa de consejo breve quedo conformado en tres etapas: evaluación, sesión de consejo breve y el seguimiento. El objetivo de la sesión de consejo breve consistió en retroalimentar a los universitarios sobre

la frecuencia y la cantidad de su consumo, sus problemas relacionados, sus expectativas, sus principales situaciones de riesgo para el consumo excesivo, y algunos factores de riesgo relacionados. Además, en la sesión se estableció la meta de cambio (moderación o abstinencia) y se desarrollaron alternativas globales de apoyo para el logro de su meta.

Los principales resultados de este programa fueron que siete de los nueve universitarios, mostraron una reducción en su patrón de consumo (cantidad y frecuencia), lo que resultó estadísticamente significativo, favoreció a la disminución de su nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos; en cuanto a la variable de consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol reportados en la mayoría de los universitarios se dio una reducción en el número de problemas durante la fase de seguimiento; en la variable de auto-eficacia se identifica que la mayoría de los jóvenes si incrementaron su auto-eficacia durante la fase de seguimiento, aunque el análisis estadístico arrojó que no se presentaron cambios significativos. La falta de resultados posiblemente se debió a que los universitarios desde un inicio reportaron una auto-eficacia moderada o alta para enfrentar las diferentes situaciones de riesgo; en cuanto a las expectativas la mayoría de los universitarios reportaron una disminución en el número de expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol, aunque en algunas el cambio no resultó estadísticamente significativo; por último, la mayoría de los universitarios validaron la intervención.

En este trabajo se encontraron resultados similares a los de estudios realizados a nivel internacional y nacional, identificando que el consejo breve ha demostrado su efectividad con distintos grupos poblacionales como lo son los adolescentes estudiantes del nivel medio superior, con jóvenes universitarios y con adultos bebedores problema.

En particular en este trabajo al igual que en los otros estudios, se encontró que los participantes mostraron una disminución significativa en su patrón de consumo (cantidad y frecuencia) y una disminución en el número de problemas asociados (Bien, Miller & Toningan, 1993; Anderson & Scott, 1992;

Baer, 1992 Martínez, et al. 2008), de igual manera que en el trabajo reportado por Marlatt y sus colaboradores (1998), se encontró una disminución en los riesgos asociados al consumo de alcohol; una reducción en el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos, y un incremento en su auto-eficacia para controlar su consumo en diversas situaciones de riesgo (Salazar, 2008). Sin embargo, una de las limitantes de este trabajo en relación con los estudios previamente revisados es el período de seguimiento, ya que en los otros estudios se muestra un tiempo mayor de seguimiento (seis meses/un año); una de las diferencias más importante en relación con los mismos es que en este trabajo se evaluó la variable de expectativas; la evaluación de esta variable es fundamental desde la perspectiva teórica de la que se parte.

Con esto se retoma lo mencionado por Sobell, Sobell y Galván (1995), que dentro del estudio de consumo de sustancias es importante evaluar las distintas dimensiones asociadas con el consumo, ya que esto aumentaría la probabilidad de que los tratamientos empleados a los individuos fueran más eficaces, al producir cambios tanto en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) y las variables asociadas al comportamiento de beber.

Es importante mencionar que el patrón de consumo se evaluó mediante el auto-reporte, tomando como base los últimos 30 días de la línea base (182 días), esto para poder contar con una medida que permitiera establecer una comparación con el número de días que se registraron en la fase de seguimiento. El empleo del auto-reporte ha sido criticado como instrumento de medición, al considerar que los individuos pueden falsear las respuestas dadas al mismo (Winters, 2001). Sin embargo, a través de diversas investigaciones se ha demostrado la validez del auto-reporte como una estrategia que se puede utilizar en el área del comportamiento adictivo (Browns et al. 1998; Maisto, Connors & Allen, 1995; Rosovsky, 1992; Winters, Stinchief, Henly & Schwartz, 1991). Si el auto-reporte se acompaña del uso de entrevistas y de instrumentos estandarizados se puede comprobar la validez del mismo, pues

con ello se corrobora la información emitida por los participantes del programa y permite que se evalúen las diferentes variables asociadas con el consumo (consecuencias negativas, nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos, auto-eficacia situacional, situaciones de riesgo y expectativas positivas relacionadas con el consumo (*Martínez, 2003*))

El patrón de consumo de cada uno de los participantes se evaluó a través del diseño de caso único (AB). El análisis de inferencia visual permitió corroborar que la modificación del patrón de consumo (cantidad y frecuencia) en siete de los nueve universitarios, se relacionaba con la introducción de la intervención, mientras que en los otros dos universitarios se presentó una disminución en la frecuencia en el consumo en relación con la fase de evaluación, sin embargo presentaron dos ocasiones en donde su consumo incremento en cantidad, lo que puede estar asociado con la ocurrencia de recaídas. El promedio de consumo de los universitarios en los últimos 30 días de la línea base, tomando como base solamente los días de consumo, oscilo en promedio en 1.33 copas por ocasión de consumo, mientras que en la fase de seguimiento se identifica que el consumo promedio presentado por ellos estuvo en 0.364 copas.

Como parte del cambio del comportamiento de consumo, los individuos pueden presentar recaídas, las que son consideradas como algo esperado dentro del proceso de aprendizaje (*Marlatt & Gordon, 1985*). La ocurrencia de recaídas permite al individuo intentar nuevamente cambiar, buscando alternativas que faciliten el aprendizaje para poder prevenir posibles recaídas. Es importante aclarar que es durante la fase de seguimiento que se realiza el análisis de las recaídas ocurridas y se buscan otras alternativas para el mantenimiento de la meta.

Si bien, en este trabajo no se logra identificar cual es el principal componente (motivación para el cambio, la auto-eficacia, las expectativas de los individuos y el auto control) que promueve el cambio conductual, si se puede considerar que todos los componentes en su conjunto tienen un efecto sobre el patrón de consumo de los universitarios en los que se presentó una modificación.

Un componente esencial en el consejo breve es el auto-control, el cual se define como aquellas conductas que una persona emplea de manera deliberada para lograr resultados seleccionados por ella misma, al elegir las metas y al poner en práctica los procedimientos para alcanzarlas (*Brigham, 1982*). Dentro de la Teoría Social Cognitiva se habla de auto-control cuando la persona realiza la aplicación sistemática de estrategias de cambio conductual que derivan de la modificación de su propia conducta o bien cuando no se limitan a reaccionar a las influencias externas, sino que seleccionan, organizan y transforman los estímulos que le afectan (*Bandura, 1982*)

El auto-control refleja un conjunto de conductas aprendidas, el cual tiene su origen en las etapas iniciales del desarrollo. En el inicio del desarrollo psicológico de un infante, su conducta se encuentra bajo el control de agentes externos (padres, maestros y personas relevantes), que son los que establecen estándares de las distintas conductas y proporcionan consecuencias para el desempeño (*Kazdin, 2000*). A través del entrenamiento temprano, el proceso de establecer estándares y proporcionar consecuencias para el logro, finalmente se torna independiente de las consecuencias externas; el modelamiento es una parte importante para transmitir patrones de auto-control (*Bandura, 1977*). Algunos autores postulan que el auto-control comienza a consolidarse en la etapa de la adolescencia debido a que el desarrollo cognoscitivo influye en la posibilidad de autocontrol, ya que la capacidad de abstracción con que se cuenta a partir de esta etapa facilita la anticipación de consecuencias a largo plazo. (*Delval, 1998; Lerner & Galambos, 1998*).

El auto-control es una habilidad determinante en la prevención de recaídas, sí los individuos adquieren o cuentan con la habilidad de enfrentarse a situaciones demandantes se incrementa la auto eficacia, para enfrentarse a dichas situaciones (*León-Torrencillas, Peralta, Muñoz-Rivas, & Gogoy, 2003*). En la sesión de consejo breve, el auto control, se trabajó mediante: a) El establecimiento de metas para el consumo, y b) elaboración de estrategias que les permitieran a los universitarios enfrentarse a situaciones de alto riesgo.

Otro elemento clave en el cambio del patrón de consumo se refiere a la auto-eficacia. La auto-eficacia se define como la confianza percibida para modificar aquellas situaciones de riesgo (Bandura, 1995). Con este constructo podemos entender que el éxito en el manejo de situaciones de alto riesgo depende de que las personas creen que operan como agentes activos de sus propias acciones y que cuentan con las capacidades necesarias para enfrentarse a ellas. La auto-eficacia percibida desempeña un papel importante en el área de las adicciones, ya que estas creencias influyen tanto en el inicio como en el desarrollo inicial de los hábitos de consumo, así como en el proceso de modificación conductual que facilita el cese del hábito. La auto-eficacia puede introducirnos en una conducta adictiva o bien el prevenir su aparición, dependiendo de las metas y de las expectativas de resultado personales (Marlatt, Baer, Quigley, 1995). Dentro de la prevención secundaria, la auto-eficacia se dirige hacia las conductas destinadas a minimizar el riesgo o el daño del consumo continuado de alcohol, incluyendo el consumo moderado como la abstinencia. El análisis de esta variable se llevó a cabo con los universitarios en la sesión de consejo breve al analizar la confianza que estos presentaban para poderle dar cumplimiento con las estrategias emitidas por ellos mismos y al momento de retroalimentar a los universitarios sobre el patrón de consumo, mostrándoles que existen momentos en que no toman o cuando lo realizan no siempre es en exceso; es importante aclarar que la auto-eficacia se aumenta por la experiencia directa, pero también por la retroalimentación de lo que se realiza.

Otro componente más que se considera determinante en el cambio del patrón de consumo de los universitarios, desde la teoría cognitiva social, son las expectativas de los individuos. Las expectativas son definidas como aquellos efectos que los individuos atribuyen a las experiencias. Estas se desarrollan durante la infancia a partir de de experiencias de aprendizaje vicario y a través de ciertas afirmaciones, es decir, las expectativas se consolidan a partir de las experiencias de las personas frente al consumo, ya sea de manera directa o bien mediante modelos, permitiendo vincular las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

experiencias tempranas con el uso de sustancias y el futuro que se tiene en relación con las mismas (Carmona, 1991). Algunos estudios reportan que el inicio del consumo se da en la etapa de la adolescencia entre los 12 y los 16 años de edad, mencionándose que esto está altamente influenciado por las expectativas y que se relacionan con los patrones de consumo.

En relación con esto, en la sesión de consejo breve, se tiene como objetivo que los universitarios analicen cómo el consumo de alcohol puede estar siendo mediado por las creencias positivas que ellos tienen en relación al alcohol, sus efectos y ganancias momentáneas, sin analizar las consecuencias negativas a largo plazo. Del mismo modo dentro de la sesión de consejo breve se enfatizan aquellas expectativas que posiblemente estaban influyendo en que se presentará el consumo de alcohol en los universitarios, apoyándose para ello en el folleto de reporte de resultados.

Otra de las estrategias que se utilizaron en la sesión de consejo breve son las derivadas de la entrevista motivacional, la cual busca ayudar a identificar y resolver las contradicciones o ambivalencia respecto a la conducta de los individuos. Con este tipo de entrevista se busca crear conciencia en los consumidores sobre los riesgos que implica el consumo de sustancias y, además, aumentar la capacidad de las personas para hacer algo al respecto. El estilo terapéutico empleado y la retroalimentación personalizada son necesarias para que los individuos estén motivados para realizar un cambio en su patrón de consumo. El estilo terapéutico no confrontacional, basado primordialmente en la escucha reflexiva, facilita una minimización de la resistencia que algunos individuos presentan hacia el tratamiento. Al hablar de la retroalimentación, esto permite darle a conocer las características de su patrón de consumo y las variables asociadas a éste. Al mismo tiempo que esto le permite a los participantes crear discrepancias con respecto a reconocer en dónde se encuentran y en dónde les gustaría estar en relación con su conducta de consumo.

Además desde la entrevista motivacional, se proponen estrategias que faciliten que se de la modificación del patrón de consumo, el establecimiento de

metas de consumo, la identificación de situaciones de consumo y la elaboración de planes de acción para enfrentar estas situaciones.

A pesar de los resultados positivos que arrojó el programa de consejo breve con jóvenes universitarios, existen ciertas limitaciones, entre las que caben destacar las siguientes: 1) La falta de una evaluación a largo plazo de los universitarios en relación con el mantenimiento del cambio conductual y la generalización del comportamiento, 2) La falta de un trabajo detallado para la prevención de recaídas, 3) La falta de una muestra mayor de universitarios para formar parte del consejo breve e identificar diferencias entre individuos, 4) La falta de un grupo control para determinar con mayor exactitud que las diferencias se deban a la introducción del tratamiento y no a las variables que atentan contra la validez interna. Estas limitaciones representan una vía de posibles mejoras y posibles líneas de investigación.

Con base en los resultados y limitaciones del programa, de manera particular se sugiere, analizar la variable de auto-eficacia, ya que los participantes reportaban una auto-eficacia moderada o alta desde la fase de evaluación inicial, a pesar de presentar consumos de alcohol que rebasan los límites de menor riesgo para cada sexo en particular. En teoría se esperaría que ellos presentaran una baja auto-eficacia ante las situaciones de riesgo pero en esta muestra no sucedió así, siendo ello una posible vía de estudio.

Al mismo tiempo, se sugiere realizar la aplicación del programa a un mayor número de sujetos ampliando el tiempo de seguimiento, a fin de determinar si el cambio se mantiene y cuales son las variables que influyen para que se de el mantenimiento. Es necesario evaluar contra otras modalidades de intervención, al igual que trabajar más sobre la prevención de recaídas en la fase de seguimiento. Sobre este último punto se sugiere identificar cuales son las variables que precipitan las recaídas, para que durante la fase de seguimiento se elaboren planes de acción más amplios a fin de que los universitarios cuenten con un mayor número de estrategias y/o habilidades que les faciliten enfrentarse a las situaciones de riesgo en las que muchas ocasiones se ven inmersos.

En cuanto al uso de materiales se refiere, se sugiere que el registro de tentaciones se aplique dentro de la sesión de seguimiento con los universitarios, ya que en su conjunto no fue contestado como parte de las tareas encomendadas para el registro de las ocasiones de consumo o de no consumo. Por su parte, Marlatt y Gordon (1985) enfatizan la importancia de identificar las situaciones de riesgo a las que se tienen que enfrentar los individuos para consumir alguna sustancia, así como las estrategias de enfrentamiento empleadas por ellos ante estas situaciones. Los que les permitirá lograr las metas de cambio que se propongan.

Dentro de este estudio, se obtuvo información relevante acerca del papel de los iguales en relación con el consumo de alcohol de los universitarios como un factor de riesgo que los predispone a no respetar los límites establecidos por ellos, por lo que se sugiere para próximos estudios, conocer el papel que juegan los iguales tanto en el inicio, en el mantenimiento del consumo, así como en el del cambio y mantenimiento conductual de los universitarios.

Otra sugerencia es aplicar la sesión de consejo breve con jóvenes que no formaran parte de instituciones universitarias, con el propósito de identificar las diferencias en cuanto la aplicación, así como evaluar el consejo breve con universitarios consumidores de otras drogas.

Del mismo modo, se sugiere ampliar la difusión del programa entre los universitarios y buscar la posibilidad de integrar esta intervención como parte de programas de formación humanista que se ofertan en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, con lo que se ampliaría el servicio a todos aquellos estudiantes que lo requieran.

La educación para la salud, constituye una de las dimensiones del proceso de enseñanza-aprendizaje que provoca cambios en el comportamiento, fomenta la motivación, las habilidades personales, transmite conocimiento, valores y actitudes tendentes a crear en los individuos conductas favorables respecto a la salud (Valadez, Villaseñor & Alfaro , 2004),

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sea el tronco común de la prevención facilitando la asistencia de los universitarios al programa y fortaleciendo en el sector universitario la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas y el fomento a la salud física y mental. Sin embargo, se requieren mecanismos administrativos y políticas institucionales claras para la prevención de las adicciones en escenarios escolares.

En conclusión, con base en los resultados observados, se considera que este programa puede ser una estrategia costo-efectiva aplicada con los jóvenes universitarios mexicanos que presenten un consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados.



5. Apéndices

Apéndice A.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO (Flores & Salazar, 2008).

Yo _____, otorgo mi consentimiento para participar como paciente en la evaluación y tratamiento de problemas por el consumo de alcohol; dicho tratamiento está integrado por 1 sesión de consejo breve; al final del tratamiento seré requerido para llenar algunos cuestionarios; esta tarea tomará tiempo adicional de 30 minutos aproximadamente.

Estoy de acuerdo que como parte del programa, contestaré algunas preguntas, cuestionarios, realizaré las tareas que se me señalen y llevaré registros acerca de mi comportamiento de consumo de alcohol.

1. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre, y alguna otra información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.

2. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo después de la terminación de este tratamiento y seis meses. Entiendo que 2 entrevistas están programadas al transcurrir: 1 y 6 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito el seguimiento posterior, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y/o y las conductas relacionadas. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista inicial.

FIRMA DEL USUARIO

ENTREVISTA DE ADMISIÓN
(Pedroza, 2007). Revisión y Adaptación (Flores & Salazar, 2008).

Fecha ____/____/____

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Terapeuta: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Femenino _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: (No de años terminados) _____

Nombre de la Institución _____ Centro: _____

Carrera: _____ Semestre: _____

¿Cómo te enteraste del servicio?

¿A través de que medio te contactaron para asistir al servicio?

Dirección _____
Calle No Colonia C.P.

Municipio: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Teléfono fijo para recado (familiar): _____

Teléfono fijo para recado (amigo): _____

Correo electrónico: _____

¿Con quién vive actualmente?

(1) _____ Espos(a) (2) _____ Niños (3) _____ Padres (4) _____ Hermanos
(2) _____ Amigos (6) _____ Parientes (7) _____ Solo (8) _____ Otros

Lugar de residencia en la actualidad:

(1)_____ Casa Propia (3) _____ Cuarto (5) _____ Pensión

(2)_____ Departamento de casa rentada (4) _____ Sin dirección permanente (6)_____ Otra

En los últimos doce meses, ¿Cuántas veces te has cambiado de casa _____

¿Tienes papá? (o quién lo sustituye) _____

¿Qué edad tiene tu papá?(o quien te cuida) _____

¿Hasta que edad estudio tu papá? _____

¿A qué se dedica tu papá?(o quien te cuida) _____

¿Tienes mamá? (o quién lo sustituye) _____

¿Tiene mamá? (1) Lo sustituye algún familiar (2) Otros _____

¿Qué edad tiene tu mamá? _____

¿A qué se dedica tu mamá? _____

¿Hasta que edad estudio tu mamá?(o quien te cuida) _____

¿Hasta que año estudio tu papá?(o quien te cuida) _____

¿Cuántos hermanos y hermanas tienes? _____

Hermanos _____ /Hermanas _____

HISTORIA DE CONSUMO

¿Cuándo fue la primera vez que consumiste alcohol? (lugar, ¿con quién estaba?, ¿qué pasó?, ¿qué y cuánto consumió?)

¿Qué cantidad y con que frecuencia de alcohol consumías con anterioridad?

¿Qué cantidad de alcohol consumes en la actualidad y con qué frecuencia?

¿Cómo ha cambiado tu consumo de alcohol de antes a este momento?

¿Cuáles son las situaciones en las que tomas?

¿Cuáles son las razones por las que tomas en esas situaciones?

CONSECUENCIAS

¿Qué ventajas obtienes al consumir? ¿Has tenido consideraciones especiales por tu consumo?, ¿Te has sentido mejor cuando consumes?

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Como resultado de tu consumo ¿Has dejado de hacer cosas?

¿Cómo has solucionado tus problemas de consumo?

INTENTOS DE CAMBIO

¿Alguna vez has intentado hacer un cambio?

¿Ha habido otros intentos aparte del que me mencionaste?, ¿qué hiciste entonces?, ¿cómo resultado?

¿En este momento que te gustaría cambiar?

Menciona las razones por las que te gustaría cambiar.

LINEA BASE RETROSPECTIVA
(Sobell, Maisto, Sobell, & Cooper, 1979).

Nombre: _____ Fecha: _____

2008

ENERO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31			

FEBRERO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
					1	2	3
	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29		

MARZO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	14;5	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30

ABRIL	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30				

MAYO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
				1	2	3	4
	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	

JUNIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
							1
	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29/30

JULIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31			

AGOSTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
					1	2	3
	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	31

SEPTIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30					

OCTUBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
			1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10	11	12
	13	14	15	16	17	18	19
	20	21	22	22	23	24	25
	26	27	28	29	30		

NOVIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30

DICIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31			

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM. ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA.

AUDIT completo

(Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 1992, traducción y adaptación Martínez-Ranga, Pérez, Castellano & Temprado, 2001).

Nombre: _____

Fecha: _____

ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE INDIQUE SU RESPUESTA.

1. ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?	
Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3
Cuatro o más veces por semana	4

2. ¿Cuántas copas te tomas en un día típico o común de los que bebe? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, cocteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol?)	
1 ó 2	0
3 ó 4	1
5 ó 6	2
7 ó 9	3
10 ó más	4

3. ¿Qué tan frecuentemente tomas 6 ó más copas en la misma ocasión? (En un mismo día, evento o reunión).	
Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3

4. ¿Durante el último año, ¿te ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?	
Nunca	0
Menos de una vez al menos	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

5. ¿Durante el último año, qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías haber hecho por beber? (Como no ir a trabajar o a la escuela).	
Nunca	0
Menos de una vez al menos	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

6. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día siguiente?	
Nunca	0
Menos de una vez al menos	1
Mensualmente	2

7. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?	
Nunca	0
Menos de una vez al menos	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

8. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?	
Nunca	0
Menos de una vez al menos	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?	
No	0
Sí, pero no en el último año	2
Sí, en el último año	4

10. ¿Algún amigo, familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje el consumo?	
No	0
Sí, pero no en el último año	2
Sí, en el último año	4

<p>Registra aquí el total de tu suma:</p> <p>La calificación de la escala completa, se obtienen con la suma de las respuestas dadas por las personas, si la calificación es mayor a 8 se considera como caso con problema por consumo de alcohol, se le recomienda abstinencia v se canaliza a tratamiento.</p>	<p>Total _____</p>
--	---------------------------

(Campos, Martínez & Ayala, 2001).

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

CARRERA: _____ **SEMESTRE:** _____

ÁREA ESCOLAR Y LABORAL

Ocupación principal: _____ (1) Estudiante _____ (2) Trabajador _____
 (3) Estudiante y Trabajador _____

¿Asistes a la escuela de manera regular? _____ (0) No _____ (1) Si.

¿Cuál es el promedio que obtuviste el semestre anterior?
 _____ (1) 10 _____ (2) 9 _____ (3) 8 _____ (4) 7 _____ (5) 6 _____ (6) 5

¿Cuál es tu promedio general actual?
 _____ (1) 10 _____ (2) 9 _____ (3) 8 _____ (4) 7 _____ (5) 6 _____ (6) 5

¿Debes alguna materia? _____ (0) No _____ (1) Si.

¿Cómo consideras tu desempeño escolar?
 _____ (1) Muy bueno _____ (2) Bueno _____ (3) Regular _____ (4) Malo
 _____ (5) Muy malo.

¿Has interrumpido tus estudios por seis meses o más? _____ (0) No _____ (1) Si.

¿Cuántos días faltaste el semestre anterior a clases por consecuencia del consumo de alcohol o drogas?
 _____ (1) Ninguno _____ (2) 1 a 2 días _____ (3) 3 a 5 días _____ (4) 6 o más días.

LABORAL

¿En qué trabajas? _____

Tiempo total de trabajar en tu ocupación actual: _____

¿Cuántas horas diarias? _____ (1) Aprox. 8 horas diarias _____ (2) Aprox. 4 horas diarias
 _____ (3) Trabajo por su cuenta _____ (4) Trabajo ocasional.

En los últimos 12 meses, ¿Cuántas días no trabajaste como resultado de consumir bebidas alcohólicas _____

¿Has perdido algún empleo como resultado de consumir bebidas alcohólicas?

No _____ Si _____

CONSUMO DE ALCOHOL

¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa?	NO	SI
A) Vino (blanco, tinto, rosado)	0	1
B) Bebidas como “coolers”, “viña real”, etc.	0	1
C) Cerveza	0	1
D) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.	0	1
E) Bebidas preparadas en la lata como: “Presidencola”, New mix.	0	1
F) Pulque	0	1
G) Alcohol puro o agua ardiente.	0	1

¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste? Edad: _____

¿Cuántas veces tomaste en el último año; 1 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

Menos de una vez en el último año

De 1 a 2 veces en el último año

De 3 a 11 veces en el último mes

Una o más veces en la última semana

¿Cuántas veces tomaste en el último mes; Cerveza completa o copa de cualquier bebida alcohólica?

Nunca en el último mes

Una vez en el último mes

De dos a tres veces en la última semana

Una o más veces en la última semana

¿Cuántas veces tomaste en el último mes; 5 ó más cervezas o cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

Nunca en el último mes

Una vez en el último mes

De dos a tres veces en el último mes

Una o más veces en la última semana

¿Cuántas veces te emborrachaste en el último mes?

Nunca en el último mes

Una vez en el último mes

De dos a tres veces en el último mes

De una a más veces a la semana.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para cambiar tu consumo de alcohol ?

(0) _____ No , Nunca (1) _____ Si

TIPO DE TRATAMIENTO/AYUDA ALCOHOL

(1) _____ Centro de desintoxicación (4) _____ Tratamiento médico

(2) _____ Tratamiento de consulta externa (5) _____ Tratamiento psiquiátrico

(3) _____ Tratamiento de consulta interna (6) _____ Grupos de Autoayuda

¿En caso de consumir alcohol, que tipo de bebida consume con mayor frecuencia?

_____ (1) pulque _____ (2) cerveza _____ (3) cooler _____ (4) vino _____ (5) destilados

De acuerdo con la siguiente escala, señala la alternativa que mejor describa tu CONSUMO DE ALCOHOL durante el año pasado (marque sólo una opción).

_____ (1) Sin problema

_____ (2) Un pequeño problema (estoy preocupado(a) al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)

_____ (3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)

_____ (4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias negativas, unas de las cuales pueden considerarse serias)

_____ (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativa, dos de las cuales pueden considerarse serias)

Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cuál es el mayor tiempo consecutivo en que no has consumido? (El mayor tiempo de abstinencia si no lo hay marca 0)

_____ ¿Cuándo ocurrió? Mes _____ / _____

¿Por qué te abstuviste en esa ocasión?

TABACO

¿FUMAS?

____ (1) Nunca he fumado ____ (2) Actualmente fumo ____ (3) Ex fumador (<de 1 año)
____ (4) Ex fumador (> de 1 año) no. De años: _____

Edad en que inició a fumar _____

¿Por cuánto tiempo ha sido un fumador regular? _____

Promedio de cigarrillos fumados diariamente _____

Tienes familiares y amigos que fuman _____

CONSUMO DE DROGAS

¿Alguna vez en tu vida has probado alguna droga? No.....0
Si.....1

¿Cuál de las siguientes drogas has probado?	No	Si
a) Marihuana	0	1
b) Cocaína	0	1
c) Inhalable: thinner, cemento, resistol, etc	0	1
d) Pastillas (anfetaminas o estimulantes)	0	1
e) Pastilla (Tranquilizante o sedantes)	0	1
f) Heroína	0	1

¿Qué edad tenías la primera vez que la probaste?

Edad: _____

¿Cuántas veces en la vida has probado esta droga?

- 1-2 veces
- 3-5 veces
- 6-10 veces
- 11-49 veces
- 50 veces o más

¿Hace cuánto tiempo probaste esta droga por primera vez?

Hace menos de un mes

De 2 a 6 meses

De 7 a 12 meses

Hace más de un año

¿En los últimos 12 meses, ¿has consumido esta droga?

Si

No

¿En el último mes ¿has consumido esta droga?

No

Si, de 1 a 5 días

Si, de 6 a 19 días

Si, 20 días ó más.

¿Qué tan peligroso crees que es? (responder de acuerdo a las sustancia de consumo).

	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso
a)¿Consumir drogas como las que tu pruebas.	0	1	2
b)¿Consumir muy seguido alcohol?	0	1	2

¿Algunas de estas personas han tenido problemas por el consumo de drogas ilegales?

a)Tu papá	(0) No	(1) Si
b)Tu mamá	(0) No	(1) Si
c) Alguno de tus hermanos	(0) No	(1) Si
d)Tu mejor amigo	(0) No	(1) Si
e)Algún familiar que viva conmigo	(0) No	(1) Si

¿Algunas de estas personas han tenido algún problema debido a su consumo de alcohol?

a)Tu papá	(0) No	(1) Si
b)Tu mamá	(0) No	(1) Si
c) Alguno de tus hermanos	(0) No	(1) Si
d)Tu mejor amigo	(0) No	(1) Si
e)Algún familiar que viva conmigo	(0) No	(1) Si

ÁREA FAMILIAR

¿Cuándo estas con amigos o familiares estos te presionan a consumir alcohol o drogas?

_____ (0) No _____ (1) Si, pero sólo mis amigos _____ (2) Si, pero sólo mi familia

_____ (3) Si, tanto mis amigos como mi familia.

¿De tus amigos o familiares, quienes te ayudarían a cambiar tu consumo de alcohol o drogas?
____ (1)Padres ____ (2) Hermanos ____ (3) Abuelos ____ (4) Tíos ____ (5) Primos
____ (6)Amigos ____ (7) Pareja.

¿En los últimos 12 meses has tenido un problema familiar grave a causa de tu consumo de alcohol?
____ (0)No ____ (1) Si

¿Cómo describes la relación con tus padres?
____ (1) Muy buena ____ (2) Buena ____ (3) Regular ____ (4) Mala ____ (5) Muy mala.

¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?
____ (1) Muy buena ____ (2) Buena ____ (3) Regular ____ (4) Mala ____ (5) Muy mala

¿Cuándo tienes problemas con tus padres y hermanos consumes alcohol?
(0)____ No (1)____ Si

ÁREA DE SALUD

¿Estás siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?
(0)____ No (1)____ Si
¿Cuál?: _____

¿Estás tomando algún medicamento por prescripción médica o esta auto medicado?
(0)____ No (1)____ Si
¿Cuál?, ¿Cada cuándo?, ¿Por qué?: _____

DEPRESIÓN O RIESGO SUICIDA

¿Te sientes triste con frecuencia? ____ (0) No ____ (1)Si

¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado, hecho daño, con el fin de quitarte la vida?
____ (1)Nunca ____ (2) Lo hice una vez ____ (3) Lo hice 2 ó más veces

¿Qué te motivo a hacerte daño?

En el último mes te has sentido especialmente deprimido.
____ (0)No. ____ (1)Si ¿Por qué? _____

¿Cómo resultado de sentirte triste o preocupado has consumido bebidas alcohólicas?

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ÁREA DE SEXUALIDAD

¿Tienes novio (a)? _____ (0) No _____ (1) Si

¿Cuánto tiempo llevas con esta relación? _____

¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas?
_____ No _____ Si

¿Uso métodos anticonceptivos cuando tengo relaciones sexuales y tomo alcohol?
_____ No _____ Si

TIEMPO LIBRE

Administración del tiempo libre

¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela?

¿Estas actividades están relacionadas al consumo de alcohol o drogas?
____ (1) Si ¿Cuál? _____
____ (2) No

SATISFACCIÓN PERSONAL

¿Qué tan satisfecho estás con tu forma (estilo) de vida en este momento?

____ (1) Muy satisfecho _____ (2) Satisfecho _____ (3) Inseguro
____ (4) Insatisfecho _____ (5) Muy satisfecho

¿Qué te gusta de tu vida en este momento?

¿Cuáles son tus metas para el futuro?

**Cuestionario de Expectativas hacia el alcohol.
Versión Adaptada en México en Estudiantes Universitarios.**

(Brown & cols, 1980; traducción y adaptación Mora-Ríos & Natera, 2000).

INSTRUCCIONES

Por favor contesta cada una de las preguntas de acuerdo con lo que crees y favorece a tu consumo de alcohol en este momento y eligen la opción (cierto-falso) más adecuada a tu respuesta.

Si piensas que la oración es cierta, entonces marca (cierto). Si piensas que la oración es falsa o en parte, entonces marca (falso).

Por ejemplo:

CIERTO	FALSO
--------	-------

a) El agua de mar es salada.

X

Quando la oración se refiera a beber alcohol, puedes pensar en términos de tomar cualquier bebida alcohólica, tales como cerveza, vino, pulque, whisky, licor, ron, svodka, ginebra o cócteles. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas. Lo importante son tus creencias y opciones personales.

	C	F
1) El beber me hace sentir acalorado.		
2) La bebida me hace sentir bien.		
3) El alcohol hace a las mujeres más sensuales.		
4) Es más fácil para mí expresar mis sentimientos si tomo unas cuantas copas.		
5) Después de unas cuantas copas me siento más autosuficiente.		
6) Después de unas cuantas copas, no me preocupa lo que otros piensen de mi.		
7) El tomar bebidas alcohólicas me ayuda a relajarme en situaciones sociales.		
8) El beber solo o con otra persona me hace sentir más calmado y sereno.		
9) Después de unas cuantas copas me siento valiente y capaz de pelear.		
10) El beber me puede hacer sentir más satisfecho conmigo mismo.		
11) Hay más compañerismo en un grupo de gente que ha estado bebiendo.		

	C	F
12) Mis sentimientos de aislamiento y separación disminuyen cuando bebo.		
13) Las mujeres son más amigables cuando han tomado unas cuantas copas.		
14) Soy mejor amante después de unas cuantas copas.		
15) El alcohol disminuye la tensión muscular.		
16) Unas cuantas copas hacen más fácil el hablar con la gente.		
17) Usualmente estoy de mejor ánimo después de unas cuantas copas.		
18) Las mujeres pueden tener orgasmos más fácilmente si han estado bebiendo.		
19) Me siento una persona más generosa y cariñosa después de haber tomado unas copas.		
20) Unas cuantas copas me hacen sentir menos tímido(a).		
21) Si estoy tenso o ansioso, unas cuantas copas me hacen sentir mejor.		
22) Si siento miedo, el alcohol disminuye mis temores.		
23) El tener una bebida en la mano me hace sentir más seguro en una situación.		
24) El alcohol puede servir de anestesia, esto es puede aliviar el dolor.		
25) Me gusta tener relaciones sexuales si he bebido algo de alcohol.		
26) Me siento más masculino/femenina después de unas cuantas copas.		
27) A veces cuando bebo solo o con otra persona, es más fácil sentirme cómodo y romántico.		
28) Me siento más despreocupado cuando bebo.		
29) El beber hace que las reuniones sean más divertidas.		
30) El alcohol hace que se olviden más fácilmente los malos sentimientos.		
31) Después de beber unas copas me siento excitado (a) sexualmente.		
32) Si tengo frío el beber me proporciona calor.		
33) Puedo alegar o discutir algo con más fuerza después de una o dos copas.		
34) Una cuantas copas me hacen más sociable.		
35) Una o dos copas hacen que mi lado bromista sobresalga.		
36) El beber me hace más franco (a) y terco (a).		
37) Tiendo a ser menos crítico de mi persona cuando tomo algo de alcohol.		
38) Encuentro que es más fácil platicar con personas de sexo opuesto después de haber tomado.		

39) El beber me hace sentir sonrojado (a) y acalorado (a).		
40) Es más fácil recordar historias chistosas o bromas si he estado bebiendo.		
41) Después de unas copas, soy menos sumiso hacia las personas que tienen posición de autoridad.		
42) El alcohol me hace más platicador (a).		
43) Los hombres pueden tener orgasmos más fácilmente si han tomado.		
44) El alcohol me permite divertirme más en las fiestas.		
45) El tomar hace que las personas se relajen más en situaciones sociales.		
46) El alcohol me ayuda a dormir mejor.		
47) Después de unas copas, los dolores musculares no me molestan tanto.		
48) El alcohol me hace preocuparme menos.		
49) El alcohol hace más fácil el actuar impulsivamente o tomar decisiones más rápidamente.		
50) Una o dos copas me relajan para que no me sienta apresurado (a) o presionado (a) por el tiempo.		
51) Las cosas parecen ser más chistosas cuando he estado bebiendo, al menos me rió más.		

INVENTARIO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL USO DE ALCOHOL
 (DrInC-2R) (Traducido y adaptado por Chávez, López & Gallegos, 1997).

INSTRUCCIONES: Aquí están algunos eventos que les suceden a las personas en relación con el uso de alcohol. Lee cada uno cuidadosamente e indica cuales de estos te han pasado DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, poniéndole un circulo alrededor del número apropiado (0=No, 1= Si).

Durante los últimos 6 meses, ¿cómo cuantas veces te ha pasado esto?	NO	SI
1.- He tenido una cruda o me he sentido mal después de haber tomado bebidas alcohólicas.	0	1
2.- Me he sentido mal conmigo mismo (a) por mi consumo de alcohol.	0	1
3.- He faltado al trabajo o a la escuela por causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
4.- Mi familia o mis amigos se han preocupado o se han quejado de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
5.- He gozado del sabor de la cerveza, del vino, o del licor.	0	1
6.- Se ha visto perjudicado mi trabajo por causa de mi consumo de bebidas alcohólicas	0	1
7.- Mi capacidad de ser un buen padre/una buena madre se he visto perjudicada por mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
8.- Después de haber tomado bebidas alcohólicas, he tenido dificultad para dormir o he tenido pesadillas.	0	1
9.- He manejado un vehículo bajo los efectos del alcohol.	0	1
10.- Mi consumo de alcohol me ha llevado a usar otro tipo de drogas.	0	1
11.- He estado enfermo o he vomitado después de haber consumido bebidas alcohólicas.	0	1
12.-Me he sentido infeliz a causa de mi consumo de alcohol.	0	1
13.-A causa de mi consumo de alcohol, no he comido saludablemente.	0	1
14.- He dejado de hacer cosas a causa de mi consumo de alcohol.	0	1
15.-El tomar bebidas alcohólicas me ha ayudado a sentirme relajado (a).	0	1
16.- Me siento culpable o avergonzado a causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
17.- Mientras que he estado tomando bebidas alcohólicas he dicho o	0	1

he hecho algo vergonzoso.		
18.- Cuando he estado tomando bebidas alcohólicas he cambiado para lo peor.	0	1
19.-He tomado riesgos tontos cuando he tomado bebidas alcohólicas.	0	1
20.- Me he metido en dificultades por causa de mi consumo de alcohol.	0	1
21.- Mientras que estaba tomando bebidas alcohólicas, he dicho cosas severas o crueles a alguien.	0	1
22.- Después de haber estado consumiendo bebidas alcohólicas he reaccionado impulsivamente.	0	1
23.-Me he pelado mientras o después de estar consumiendo bebidas alcohólicas.	0	1
24.- Mi salud se he visto perjudicada por causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
25.- El consumir bebidas alcohólicas me ha ayudado a tener una perspectiva más positiva sobre la vida.	0	1
26.- He tenido problemas económicos a causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
27.- Mi relación amorosa o mi matrimonio se ha visto afectada a causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
28.- He fumado tabaco cuando estoy tomando bebidas alcohólicas.	0	1
29.- Mi apariencia física se ha visto perjudicada a causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
30.- Una amistad se ha visto dañada por mi consumo de alcohol.	0	1
31.- He sido arrestado por causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
32.- Mi vida sexual ha sufrido cambios a causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
33.-He perdido interés en actividades y pasatiempos a causa de mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
34.- Cuando he tomado bebidas alcohólicas, mi vida social ha sido más agradable.	0	1
35.- Mi vida espiritual o moral se he visto perjudicada por mi consumo de bebidas alcohólicas.	0	1
36.- Por causa de mi consumo de bebidas alcohólicas, no he tenido la clase de vida que quiero.	0	1

37.-Mi consumo de alcohol ha impedido mi desarrollo como persona.	0	1
---	---	---

38.-Mi consumo de alcohol ha perjudicado mi vida social, mi popularidad o mi reputación.	0	1
39.-He sido suspendido /despedido de la escuela o de un trabajo por causa de mi consumo de alcohol.	0	1
40.- He tomado bebidas alcohólicas normalmente, sin tener problemas.	0	1
41.- He sufrido un accidente mientras estaba tomando bebidas alcohólicas.	0	1
42.- Mientras estaba tomando bebidas alcohólicas, he sido herido(a) físicamente, lastimado (a), o quemado.	0	1
43.- Mientras que estaba tomando bebidas alcohólicas, he lastimado a alguien.	0	1
44.- He quebrado cosas o he destruido propiedades mientras que estaba tomando bebidas alcohólicas.	0	1

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS)
(Annis & Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997)

Nombre usuario: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga. Imagina que estás en este momento en cada una de estas situaciones e indica en la escala, qué tan seguro te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso, marcando con una X a lo largo de la línea 0% si estás **INSEGURO** ante esa situación ó 100% si estás **TOTALMENTE SEGURO** de poder resistir beber en exceso.

❖ En este momento serías capaz de resistir la necesidad de beber en exceso en aquellas situaciones que involucran.....

1. **EMOCIONES DESAGRADABLES:** (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas estuvieran saliendo mal).

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

2. **MALESTAR FÍSICO:** (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso)

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

3. **EMOCIONES AGRADABLES:** (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino).

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

4. **PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL** (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros)

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

5. **NECESIDAD FÍSICA** (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas, si pensara que rico es beber alcohol)

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

6. **CONFLICTO CON OTROS** (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

7. **PRESIÓN SOCIAL** (Por ejemplo: si alguien me presionara beber alcohol; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera un copa o droga)

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

8. **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un amigo(a) y quisiera sentirme mejor)

Me siento...

0% 100%
Inseguro Seguro

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM. ADDICTION RESEARCH FOUNDATION

ENTREVISTA BREVE DE SEGUIMIENTO
(Hester & Miller, 1989).

Nombre: _____ Fecha: _____

<p>1.- Materiales:</p> <p>a) ¿Has continuado con tu auto-registro?</p> <p>b) ¿Utilizaste tu registro de tentaciones?</p> <p>c) ¿han surgido dudas acerca del material (auto-registro y registro de tentaciones).</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	<p>NO</p> <p>NO</p> <p>NO</p>
<p>2.- Establecimiento de metas:</p> <p>a) ¿Cuál es tu meta?</p> <p>b) ¿Has cumplido tu meta?</p> <p>c) ¿ Por qué?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>d) ¿Qué estrategias te han ayudado al logro de tu meta?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>e) ¿Qué ha dificultado el logro de tu meta?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SI</p> <p>SI</p>	<p>NO</p> <p>NO</p>
<p>PLANES DE ACCIÓN</p> <p>a) ¿Los has podido seguir?</p> <p>b) ¿Por qué? _____</p> <p>c) ¿Qué cambios has hecho? _____</p> <p>_____</p> <p>d) ¿Cuáles han sido las consecuencias? _____</p> <p>_____</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>

3.- Manejo de recaídas?	SI	NO
a) ¿Has tenido alguna recaída?		
b) ¿Cuántas veces? _____		
c) ¿Cuál ha sido tu consumo aproximado? _____		
d) ¿Qué factores precipitantes detectaste? _____		
e) ¿Cuáles fueron las consecuencias? _____		
f) ¿Has tenido problemas relacionados con tu consumo de alcohol? _____		
g) ¿Cuáles? _____		



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AUTO-REGISTRO
(Echeverría & Ayala, 1997)

**DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM. ADDICTION
RESEARCH FOUNDATION, CANADA.**

Registrando su Consumo de Alcohol

El registro de su consumo de alcohol es una parte importante de este programa. El auto-registro puede ayudarte a tener la información exacta acerca de tu consumo y cualquier cambio que hagas, también te permite evaluar el progreso para alcanzar tus metas.

El auto-registro puede ayudarte a identificar las situaciones de alto riesgo al analizar los días en que consumiste en exceso. Este tipo de información te permitirá tanto a ti como a tu terapeuta desarrollar mejores estrategias y alternativas para las situaciones de consumo problemático. **El auto-registro** puede también darte información acerca de las situaciones en las que no tomas o tu consumo es limitado.

Inicialmente algunas personas sienten que el registrar solamente les hace perder tiempo. Además, el tener registros de algunas actividades no es usual. Los deportistas o los vendedores llevan registros de sus progresos con respecto a sus planes de ejercicios o trabajos. **El llevar el registro de tu ejecución puede ayudarte a lograr tus metas.**

Aunque el **auto-registro** requiere tiempo y compromiso, los usuarios que auto-registran su consumo reportan que éste les hace comprender mejor cuánto tomaron y que situaciones están relacionadas con el consumo.

- **Nosotros queremos que tu registres** tu consumo de alcohol diariamente **y lo lleves a la sesión de tratamiento.**
- Es importante tener registros exactos y completos.
- No se calificarás como bueno o malo el registro de la cantidad de alcohol.
- El auto-registro intenta ayudarte a ti como a tu terapeuta a **tener cambios más efectivos en tu consumo.**
- Dale una oportunidad al auto-registro antes de decidir si puede o no ayudarte.

Instrucciones

Deberás anotar la fecha en la columna "**Día**" y deberás escribir (1) si hubo consumo, (2) si no hubo consumo y (3) si no hubo necesidad de consumir en la columna "**Consumo**".

Registra el número de copas que tomaste; **cerveza, destilados y vino**, en la columna "**número de copas por tipo de bebida consumida**". Después escribe el número total de copas al final del día en la columna "**Número total de copas**". Si tu no tomaste en el día escribe "0" en la columna del número total de copas.

En la columna de "**situaciones en las que consumió**", anota con una "X", si consumiste solo o acompañado y si consumiste en un lugar público o privado. En la última columna "**pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo**" tú anotarás los pensamientos y sentimientos que tuviste antes, durante y después de tu consumo.

- **Recuerda traer tus hojas de registro cubriendo cada día desde tu última cita. Si tienes dudas pregúntale a tu terapeuta. INICIA SU AUTO-REGISTRO EL DÍA QUE RECIBA ESTE TALONARIO.**

Tips de un Consumo Moderado

Estos son algunos tips por si has elegido como meta la moderación. El objetivo de estos tips es que si en alguna ocasión decides consumir, lo disfrutes y las consecuencias negativas se minimicen.

- Estar bien descansado, relajado y sin presiones
- Saciarse mi sed antes de empezar a consumir
- Haber comido antes de consumir
- Botanear mientras consumo
- Tomar como máximo (mujeres más de tres copas por ocasión y en hombres más de cuatro tragos estándar)
- Tomar un trago por hora
- Dejar pasar 20 minutos antes de consumir la siguiente copa, pensando si realmente quiero la siguiente
- Poner el vaso lejos de mi alcance
- Estar en un lugar seguro
- Aceptar la invitación a beber solamente cuando se desee
- Conocer la concentración de alcohol en las distintas bebidas.

• **¿Cómo medir un trago estándar?**

- Una cerveza de lata =
- 1 copa de vino de mesa =
- 1 copa de destilado =
- 1 tornillo de pulque =
- Una caguama =
- 1 litro de pulque =
- Una botella de destilados de 1/4 =
- Una botella de destilados de 1/2 =
- Una botella de destilados de 3/4 =
- Una botella de destilados de 1 Lt. =
- Una botella de vino de 3/4 =
- Una botella de vino de 1 Lt. =

Trago estándar

- 1 trago
- 1 trago
- 1 trago
- 1 trago
- 3 tragos
- 3 tragos
- 8 tragos
- 12 tragos
- 17 tragos
- 22 tragos
- 5 tragos
- 7 tragos

Forma de Registro de Consumo de Alcohol

Nombre:	No. Exp.
Fecha:	Terapeuta

Mi meta para la semana es:	
No consumir	Reducir mi consumo
	Días de consumo: Cantidad:

Día	Consumo 1)si 2)no 3)no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida C D V E E I R S N V T O E I Z L A A D O S	Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió S O 1 2 O T L R O O S	Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo

1. Lugar Público 2. Lugar Privado

REGISTRO DE TENTACIONES

(Carreño, Berenzon, Medina Mora, M, Ortíz, & Juárez, 2006).



Nombre _____ Fecha _____

¿En dónde estabas?

¿Con quién?

¿Cómo me sentía?

¿Qué me dije para ayudarme?

¿Cómo dije “no” cuando me invitaron”?

¿Qué hice en lugar de beber?

¿Logré sobreponer la tentación?

**CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN SOCIAL
(Martínez & Ayala, 2000)**

Nombre: _____ **Fecha:** _____

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Pienso que este programa es una herramienta para resolver el problema de alcohol.					
2.- El tiempo en el que aplica el tratamiento (1 mes) es apropiado.					
3.- Los materiales que se usan en la aplicación del programa me gustaron.					
4.- El contenido de los materiales me pareció muy interesante y fácil de comprender.					
5.-La participación en este programa me permitió un cambio relacionado con mi consumo de alcohol.					
6.- Si conocieras a un amigo con problemas relacionados con el consumo de alcohol le recomendarías este programa.					

¿Qué fue lo que más me gustó del programa?

¿Qué fue lo que no me gustó del programa?

Sugerencias.

Apéndice B.

Carta descriptiva Consejo breve

FASE	INSTRUMENTOS O MATERIALES	ACTIVIDADES
Primera sesión de evaluación.	Formato de Consentimiento. Entrevista de admisión. Línea Base Retrospectiva. Test de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol. Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta.	A) Explicación del programa y establecimiento del rapport. B) Firma del formato si se esta de acuerdo en participar en el programa. C) Aplicación de entrevista de admisión. D) Aplicación de LIBARE, AUDIT Y CIDI. E) Invitar al universitario a continuar con la segunda sesión de evaluación. D) Resumen de lo realizado durante la sesión.
Segunda sesión de evaluación.	Entrevista de evaluación Inicial. Cuestionario de expectativas relacionadas con el consumo de alcohol. Cuestionario de confianza situacional. Inventario sobre las consecuencias del uso de alcohol.	A) Recordar lo realizado durante la sesión anterior y mencionar el objetivo de esta segunda evaluación. B) Aplicación de la entrevista de evaluación inicial. C) Aplicación de los instrumentos de Expectativas relacionadas con el consumo de alcohol, Cuestionario de confianza situacional e Inventario sobre las consecuencias del uso de alcohol. D) Resumen de lo realizado durante la sesión. E) Programar la siguiente sesión, mencionando el propósito de la misma.
Consejo Breve	Folleto de reporte de resultados de alcohol.	A) Antes de la sesión se realiza el llenado del folleto de retroalimentación. B) Establecimiento del rapport. C) Resumen de la sesiones de evaluación y mencionar el propósito de la sesión. D) Explicación de lo que se encontrará en el folleto de reporte de resultados y se realiza la revisión en el siguiente orden: * Análisis del patrón de consumo

	<p>(cantidad total de tragos y frecuencia registrados de los últimos seis meses). Basándose en los datos del calendario de consumo y las respuestas dadas al AUDIT.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Apoyarse en la metáfora del semáforo para identificar si se está en riesgo de presentar una adicción. * Explicación de lo que es un abuso basándose en los límites de menor riesgo, según la OMS. * Explicación de lo que es un trago o una copa estándar, para identificar la equivalencia de lo que se consume. *Revisión de las consecuencias relacionadas con el consumo. * Análisis de los factores que favorecen su consumo actual, entre los que caben destacar las expectativas y los mitos (tolerancia) relacionadas con el consumo. *Conocer cómo evalúa el universitario su consumo de alcohol. * Se propone el establecimiento de meta de consumo y se analiza la utilidad de definirla. * Identificar los resultados que espera y encontrar las diferencias de cómo están las cosas ahora y cuando logre hacer los cambios. * Establecer que tan importante es la meta y la confianza en que logrará llevarla a cabo. * Realizar ejercicio, de piensa opciones para cambiar tu forma de beber. Pensando cuál es su mejor alternativa y las habilidades y fortalezas con las que cuenta. *Explicar que el que haya caídas no importa, mencionándole que siga intentándolo para lograrlo. <p>E) Explicación del registro de tentaciones y del auto-registro.</p> <p>F) Cierre de la sesión, realizando resumen de la misma y programar la fecha de la sesión de seguimiento.</p>
--	---

<p>Seguimiento</p>	<p>Entrevista Breve de Seguimiento. LIBARE Cuestionario de expectativas relacionadas con el consumo de alcohol. Cuestionario de confianza situacional. Inventario sobre las consecuencias del uso de alcohol. Cuestionario de Validación Social.</p>	<p>A) Rapport. B) Recordar lo realizado en la sesión de consejo breve y explicación del propósito de la sesión. Se le pide al universitario los formatos de registro de tentaciones y el auto-registro. C) Aplicación de la Entrevista Breve de Seguimiento. D) Aplicación de los cuestionarios AEQ, CCS, DrInC-2R. E) Aplicación del cuestionario de confianza situacional. F) Cierre de la sesión, retroalimentar al universitario.</p>
---------------------------	--	---

6. Glosario

Abuso de sustancias.

El abuso de una sustancia se refiere al consumo frecuente que excede los límites de menor riesgo, perjudicando las capacidades de la persona en lo físico, emocional y psicosocial, puesto que ocasiona problemas relacionados, como accidentes de tránsito por manejar ebrio, violencia al interior de la familia, etc., pero sin llegar a la dependencia.

Abuso de alcohol.

El abuso de alcohol puede definirse como el punto en el que la cantidad que se está bebiendo incrementa la probabilidad de que se presenten diferentes problemas afectando la calidad de vida de las personas.

Bebedor problema/excesivo.

Se le denomina a la persona que beben en forma excesiva, de manera ocasional, esta forma de consumo puede acarrear problemas a nivel personal, de salud, familiares, legales, económicos, sociales, y en cierto momento llevar hacia una dependencia.

Consecuencias Negativas.

Son aquellos problemas o situaciones que se pueden asociar o identificar después de consumir alcohol de manera excesiva en diferentes áreas como son en la de salud/física, laborales/escolares, familiares, sociales y emocionales.

Consumo moderado

Se define como aquel consumo que por lo general no causa problemas ni al sujeto, ni a la sociedad, en términos de número de copas consumidas se considera un consumo moderado para los hombres el beber menos de cuatro copas por ocasión de consumo y para las mujeres menos de tres copas por ocasión de consumo.

Consumo per cápita

Es uno de los indicadores que se utilizan para evaluar el nivel de consumo de la población, así como sus variaciones temporales. Éste se obtiene dividiendo el volumen total de alcohol consumido entre el número de consumidores.

Copa estándar

Se define como una unidad o copa estándar aquella que contiene aproximadamente de 10 a 12 grs. de alcohol puro. Esto equivale a una botella de 350 ml. de cerveza; una copa de 175 ml. de vino; o un caballito o copa de 45 ml. de bebidas destiladas de 45 grados (ron, whisky, tequila, etcétera).

Detección temprana

Es un proceso que permite identificar de manera oportuna a las personas que tienen problemas con el consumo de sustancias sin ser, necesariamente, dependientes, con la finalidad de ofrecerles una alternativa de intervención que reduzca la severidad de los problemas asociados (sociales o de salud), así como la probabilidad de desarrollar dependencia.

Metáfora del semáforo

Es un concepto que permite ubicar e indicar al consumidor en qué nivel se encuentra a partir de su consumo de alcohol o drogas, y es muy útil para interpretar los resultados de la detección temprana.

Métodos de tamizaje

Se refiere a los procedimientos utilizados para identificar a personas o a grupos de personas que están consumiendo o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios por el consumo de alguna sustancia.

Prevención

Se refiere a la protección y promoción de la salud de la población, antes de que las personas se involucren con comportamientos de riesgo.

Tolerancia

Hace referencia al incremento en el número de tragos requeridos para experimentar los mismos efectos que se obtenían con menos cantidad de tragos.

Uso de sustancias

Se habla del uso de una sustancia cuando la cantidad y la frecuencia con la que se consume no exceden los límites de menor riesgo recomendados y cuando no ocasiona problemas al individuo o a la sociedad.

7. Referencias

- Anderson, P., & Scott, E. (1992). *The effect of general practitioner's advice to heavy drinking men. Addictions*, 87, 891-900.
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Toronto, Canada. Addiction research Foundation.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M., & Sobell, L. (1997) Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 14, 113-127.
- Ayala, H. E., & Echeverría, L. (1998a). *Institute of Medicine [IOM]. En Salazar, G. M., & Martínez, M. K.(Eds.).Consejo Breve para adolescentes rurales que inician el consumo de sustancias. Manuscrito no publicado.*
- Ayala, H. E., & Echeverría, L. (1998b). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta comportamentalia*, 1, 71-93.
- Ayala, H. E. (2001). En Martínez, K.I., Salazar, M.L., Pedroza, F.J. & Vacio, M.A. (Eds). *Consejo breve para adolescentes rurales que inician el consumo de sustancias. Manual de Terapeuta. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.*
- Babor, T. F., & Grant, M. (1991). Project on identification and magnament of alcohol-related-problem. Report on Phase II. A randomized clinical trial of brief interventions primary heat care. Geneva: WHO.
- Babor, T. M., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (1992). *Cuestionario de Identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol. (OMS).*
- Baer, J. S., Marlatt, G.A., Kivlahan, D., R Fromme, K., Larimer, M. E., & Williams, E. (1992). An Experimental Test of Three Methods of Alcohol Risk Reduction With Young Adults. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 6, 974-979.

- Ballester, R., Gil, M. D., & Guirado, M. C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo del alcohol en adolescentes de 15-17 años. En López, L. J., Santín, V. C., Torrinco, L.E & Rodríguez, G.J. (Eds). *Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. España. Universidad de Huelva. 27, 855-895.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. En Kazdin. A, E. *Modificación de la conducta y aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Espasa- Calpe. S.A.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En Schwarzer, R. (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. pp. 3-38.
- Barlow, D., & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1977). En Cooper, J.O., Heron, E. T., & Herward, W.L. (1987). *Autocontrol*. Programa de psicología experimental y metodología.
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). *Brief Interventions for alcohol problems: a review*. Addictions, 88, 315-336.
- Boletín Epidemiológico del Distrito BED. (2000). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de consumo de sustancias en la capital. Secretaría de Salud de Bogotá. En López, L. J., Santín, V. C., Torrinco, L.E & Rodríguez, G.J. (Eds). *Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. España. Universidad de Huelva. 27, 855-895.
- Brigham, T. A. (1982). Self-management: A radical behavioral perspective. En Kazdin. A, E. *Modificación de la conducta y aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.

- Browns, S. A. (1980). Cuestionario de Expectativas hacia el alcohol. En López, L. J., Santín, V. C., Torrinco, L.E & Rodríguez, G.J. (Eds). *Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. España. Universidad de Huelva. 27, 855-895.
- Browns, S. A. (1985). *Expectatives versus background in the prediction or college drinking patterns*. 53.123-130.
- Brown, S. A., Myers, M. G., Lipper, L., Tapers, S.F., Stewart, D.G., & Vik, P. W. (1998). Psychometric Evaluation of the Customary Drinking and Drug Use Record (CDDR): *A measure of adolescents alcohol and drug involvement Journal of Studies on Alcohol*, 59, 427-238.
- Calahan, R., Fillmore, K. M., & Midanik, L. (1984). Bebedor excesivos. En Martínez, M.K., & Salazar, G.M. (Eds.) *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas*. México. CONADIC.
- Campos, E., Martínez, K., & Ayala, H. (2000). *Desarrollo y Validación de Entrevista Inicial para Adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Campo, E., Martínez, K., & Ayala, H. (2001). Entrevista Inicial. En Martínez, M.K & Salazar, G. M (Eds). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas*. México. CONADIC.
- Carmona, A. & Chávez, R. (1991). Expectativas de efectos positivos del alcohol adquiridas en el ambiente temprano. (alcohólicos y no alcohólicos). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 9, 151-162.
- Carreño, G., Berenzon, S., Medina-Mora, M., Ortiz, A., & Juárez, F. (2006 a). Intervenciones breves en adicciones. *Uso responsable de bebidas alcohólicas*. Instituto Nacional de Psiquiatría. México
- Carreño, G., Berenzon, S., Medina-Mora, M., Ortiz, A. & Juárez, F. (2006 b). *Registro de Tentaciones*. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.

- Castro, M. E., & Maya, M. A. (1987). El consumo de alcohol en población estudiantil. *Salud Mental*. 10 (4):52-58.
- Chávez, R., López, V., & Gallegos, A. (1997). Inventario Sobre las *Consecuencias del Uso de Alcohol*. CASSA Research Divisions.
- Cellucci, T. (1982). The prevention of alcohol problems: Conceptual and Methodological issues. En P.M. Miller & T.D. Nirenberg (Eds.) *Prevention of Alcohol Abuse* (pp.15-33) New York: Plenum Press.
- Del Barrio, G. V. & Alonso, S.C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. En López, L. J., Santín, V. C., Torrinco, L.E & Rodríguez, G.J. (Eds). *Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. España. Universidad de Huelva. 27, 855-895.
- Delval, J. (1998). El desarrollo humano. España : Siglo XXI.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for Colleges Students. A Harm Reduction Approach*. New York: The Guilford Press.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1997a). *Auto-registro del consumo de alcohol y otras drogas: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1997b). *Reportes de seguimiento: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1997 c). *Cuestionario de Confianza Situacional: traducción y adaptación*. México: Universidad Autónoma de México.
- EDIS (1995). El consumo de drogas en España. En López, L., Santín, Vilariño., Torrinco. L. & Rodríguez, G. *Consumo de Sustancias Psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. Universidad de Huelva. España.
- Edwards, S. (1994). Alcohol Policy and the Public Good. En Medina-Mora, M. L. *La prevención del abuso de bebidas alcohólicas y sus consecuencias desde una perspectiva de salud*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.

- Examen Médico Automatizado (2006). *Unidad Médico Didáctica*. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes.
- Flores, D., & Salazar, G. (2008). *Formato de Consentimiento. Consejo Breve para Jóvenes universitarios que presentan problemas por su consumo excesivo de alcohol*. Aguascalientes. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Flórez, L. (2002). Análisis de la clasificación de etapas y de las variables psicosociales mediadoras propuestas por el modelo trasteórico en estudiantes universitarios de Bogotá de bebidas alcohólicas. En López, L. J., Santín, V. C., Torrinco, L. E & Rodríguez, G. J. (Eds). *Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. España. Universidad de Huelva. 27, 855-895.
- Golman, M. S., Brown, S. A., & Christiansen, B. A. (1987). Expectancy theory : Thinking about drinking". En Blane, H. T., & Kenneth, L. R. (Eds.) *Psychological Theories of Drinkings and Alcohol*. New York: Guilfor Press.
- Golberg, J. H., Halpern-Felsher, B., & Millstein, S. (2002). Beyond invulnerability. Londoño, P.C., García, H. W., Valencia, S. C., & Stephano, V. A. (Eds). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*. 21, 229-267.
- Glasgow, R. E., & Barrera, W. (1977). *Técnicas de Autocontrol*. En Kazdin . A, E. *Modificación de la conducta y aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Gross, A. M., & Drabman, R. S. (1982). *Técnicas de Autocontrol*. En Kazdin. A, E. *Modificación de la conducta y aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Holroyd, K .A., & Cree, T. L. (1986). Self-Magnament of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research. Kazdin, A.E. (Ed). *Modificación de la Conducta y sus aplicaciones practicas*. México: Manual Moderno.

- Informe sobre la Salud del Mundo (2002). Reducir los riesgos y promover una vida sana. En Londoño, P.C., García, H. W., Valencia, S. C., & Stephano, V. A. (Eds.) Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*. 21, 229-267.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Jones, G., Nelson, J. E., & Kazdin, A. E. (1977). Técnicas de Autocontrol. En Kazdin, A. E. *Modificación de la conducta y aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Julián, R. (1998). A premier of drug action. En Londoño, P.C., García, H. W., Valencia, S. C., & Stephano, V. A. (Eds). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*. 21, 229-267.
- Kazdin, A. E. (2000). Cómo evaluar un programa de modificación conductual. *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- La 58ª Asamblea Mundial de la Salud. (2005). *Alocución del Director General a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra.
- Lerner, R. M. (1993). Investment in youth the role of home economics in enhancing The life chances of America s children. AHEA Monography Series, 1, 5-34. *America s Youth in Crisis Challenges and Options for Programs and Policies*. Thousand Oaks, CA Sage.
- Lira, M. J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México, D.F.
- López, L. M., Santín, V. C., Torrico, L. E., & Rodríguez, G.J. (2003). *Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. España. Facultad de Psicología.

- López-Torrencilla, F., Peralta, I. Muñoz-Rivas, M, & Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *ADICCIONES*.15, 127-136.
- Maisto, S. A. Connors, G.J., & Allen, J.P. (1995). Contrasting self-report screens for alcohol problems: A review, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1510-1516.
- Maisto, S. A., Carey, K. B., & Bradizza, C. M. (1999). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholims. Social Learning Theory*. New York, London : The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive behavioral analysis. En Martínez, M.K & Salazar, G.M. (Eds). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas* (119-121). México. CONADIC.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En Martínez, M.K & Salazar, G.M. (Eds). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas* (119-121). México. CONADIC.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the treatment of addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1995). Self-efficacy and alcohol and drugs abuse. En Bandura, A. (Ed). *Auto-eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*(pp 245-267) New York: Cambridge University Press.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M., & Williams, E. (1998). Screening and brief interventions for high-riks college studentes drinkers: Results from a two years follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604-615.

- Marlatt, G. A., (1999). Effective Relapse Prevention and Harm Reduction Therapy. En Martínez, K.I., Salazar, M.L., Pedroza, F.J. & Vacio, M.A. (2008). *Consejo breve para adolescentes rurales que inician el consumo de sustancias*. Manual de Terapeuta. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
- Martínez, K., & Ayala, H. (2000). *Cuestionario de Validación Social. Desarrollo y Validación*. México: Universidad Autónoma de México.
- Martínez, K., & Ayala, H. (2002). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (mariguana, cocaína e inhalables)*. México, D.F: UNAM, Facultad de Psicología.
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y Evaluación de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado*. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México, D.F.
- Martínez, K., Salazar, G. Pedroza, C., Ruiz, T., & Ayala. V. (2008): Resultados Preliminares del Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*. 31:119-127
- Martínez, K., Pedroza, C., & Salazar, G. (2008). *Resultados Iniciarles de la aplicación de Consejo Breve sobre el consumo de alcohol en adolescentes rurales de México*. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes, Ags.4,1.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Pedroza, F. J. & Vacio, M. A. (2008). *Consejo breve para adolescentes rurales que inician el consumo de sustancias*. Manual de Terapeuta. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholims. *Psychological Bulletin*. 98, 84-107.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. En Dimeff, A.L Baer, J.S. Kivlahan, D.R., & Marlatt, A.G. *The alcohol skills training programs* (21-22). New York. The Guilford Press.
- Miller, P. M., Smith, G. T., & Goldman, M. S. (1992). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical periods study Alcohol. En Mora Río, J., & Natera, G. *Expectativas consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de la ciudad de México*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, Consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública*. México, 43 (2), 89-96.
- Mora- Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J., & Villalvazo, R. (2000). Validez Factorial del Cuestionario Expectativas hacia el Alcohol (AEQ), en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8,2, 319-328.
- Navarro, J. (1999). Los adaluces ante la droga. En López, L., Santín, Vilariño., Torrinco. L. & Rodríguez, G. *Consumo de Sustancias Psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios*. Universidad de Huelva. España.
- Norris, J., Nurius, P,S., & Dimeff, L. A. (1996). Thorough her eyes: Perceptions of and resistance to acquaintance. En Dimeff, A.L., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., & Marlatt, A.G. *Alcohol use and prevention of alcohol abuse in college students* (pp.7-9). New York. The Guilford Press.
- Pedroza, F. J. (2007). *Estilos de Interacción Conflictiva de Adolescentes que se Inician en el Consumo de Sustancias Adictivas*. Estudio Post-Doctorado. CEIC, Guadalajara.
- O`Farell, T., Cuter, H., Bayog, R., Dentch, G., & Fortgang, J.(1984). *Correspondece between one-year retrospective reports of pretreatment drinking by alcohol and their wives*. *Behavioral Assessment*, 6, 263-274.

- Oropeza, T. R. & Ayala, V.H. (2001). Resultados del piloteo de un modelo de intervención breve para usuarios de cocaína. *XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta*. 19-21 Julio, Toluca, Edo. De México.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta. En Martínez, M.K & Salazar, G.M. (Eds). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas* (71-74). México. CONADIC.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Development of the alcohol use Disorder Identification Test (AUDIT). *WHO collaborative project on early detection of person with harmful alcohol computation.-II. Addiction*, 88, 791-804.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía internacional para vigilar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*. Washington, EEUU. Recuperado:http://www.who.int/substance_abuse/publications/mointoring_alcohol_consumotion_spanish.pdf Visitada el 20 de Junio del 2008.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *58ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra. p.p 1-6.
- Oxford, J., & Edwards, G. (1977). *Alcoholims: A comparison of treatment and advine, with a study of the influence of marringe. Maudsley Monographs* 26. Oxford: Oxford Univss.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C .C. (1986) Toward a comprehensive model of change . En W. R. Miller, & N. Heather *Treating addictive behaviors: Processes of change*, (pp. 3- 27). New York: Plenum Press.
- Reesen, F., Chassibn, L., & Molina, B. (1994). Alcohol expectancies in early adolescents. Predicting drinking behavior from alcohol expectancies and parents alcoholims. En Mora Río, J., & Natera, G. *Expectativas consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de la ciudad de México*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

- Rodríguez-Martos, A., Plascencia, A., Escayola, M., Martín, J., & Torralba, L. (2001). Intervención breve sobre accidentados con alcolemia positiva desde un centro de traumatología. En Rodríguez-Martos (Ed.) *Efectividad de las técnicas de consejo breve*. Barcelona, 14, 337-351.
- Rohsenow, D. (1983). Drinkings habits and expectatives about alcohol effect's for self versus others. En Mora-Ríos, J. & Natera, G (Eds). *Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios en la Ciudad de México*. *Salud Pública*, 51. 752-756.
- Rosen, I. M., & Maurer, D. M. *Reducing Tobacco Use in Adolescents*. *American Family Psysicians*, 2008; 77 (4): 483-490
- Rosovsky, H. (1992). El componente de auto ayuda en el tratamiento del alcoholismo. Alcohólicos anónimos. En J. Villarreal (comp.). *Drug Dependence: From the molecular to social level*. *Amserdan*: Elsevier Publication.
- RUMBOS (1999-2000). Sondeo Nacional de Consumo de Drogas en Jóvenes. En Londoño, P.C., García, H. W., Valencia, S. C., & Stephano, V. A. (Eds.) *Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos*. *Anales de Psicología*. 21, 229-267.
- Salazar, G. (2008). *Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes*. Tesis de Doctorado. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México, D.F.
- Scheeran, P., & Abraham, Ch. (1996). Expectancies as Mediator of the Efects of social Influence and social I and Alcohol Knoweledge and adolescents, alcohol use. En Londoño, P. C., García, H. W., Valencia, S. C., & Stephano, V. A. (Eds.) *Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos*. *Anales de Psicología*. 21, 229-267.
- Skinner, B.F.(1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- Skinner, H. (1990). *Spectrum of drinkers and intervention opportunities*. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 143. pp. 1054-1059.

- Sobell, L. C., Maisto, S., Sobell, M. B., & Cooper, A. (1979). *Reability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D., & Basian, E. (1986). En Martínez, M. K & Salazar, G.M. (Eds). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas* (104-107). México. CONADIC.
- Sobell, L. Sobell, M. B, Leo, G., & Cancilla (1988). Realibility of a Timeline Method: Assessing normal drinker's report of recent drinking and a comparative evaluation across several population. *British Journal of Addiction*, 83, 393-402.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En Baer, J., Marlatt, G. & MvMahon, R. (Eds). *Addictive Behaviors Across the Life Span: Preventions, Treatment and Policy issues. Mewbury Park: Stage*.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Differ yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.
- Tapia, C. R. (2000). Epidemiología del consumo de alcohol. En Tapia, C. R., Medina-Mora, I. M.E., & Cravioto, Q.P. (Eds.). *Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectiva*. México. Manual Moderno.
- Tiburcio, M. (2008). *Intervenciones Breves en Adicciones*. Instituto Nacional de Psiquiatría. México, D.F.
- Thoresen, C. E., & Mahoney, M. (1974). En Cooper, J. O., Heron, E. T., & Herward, W. L. (Eds). Autocontrol. Programa de psicología experimental y metodología. *Análisis Experimental de la Conducta*. Coumbus, Ohio. 26.
- Vaillant, G. E., & Milofsky, E. S. (1982). Natural history of male alcoholism IV. Paths to recovery. *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133.)

- Valadez, F., Villaseñor, F., & Alfaro, A. (2004). *Educación para la salud*. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- Wagner, E., Browns, S., Monti, P., Myers, M., & Waldron, H. (1999). *Innovations in adolescents substance abuse intervention. Alcoholims: Clinical and Experimental Research, 23* 236-249.
- Winters, K. C. (2001). Assesing Adolescent Substance use problems and others areas of fuctioning: State of the art. En P. M. Monti., S.M. Colby., & T.A. O`Leasry. (Eds.) *Adolescents, Alcohol, and substances Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Winters, K. C., Stinchief, R. D., Henly, G. A., & Schwartz, R. H. (1991). Validity of adolescents self-report of alcohol and other drug involvement. *International Journal of Addictions, 25*, 1379-1395.
- Wittchen, Hans-Ulrich (1994). Reliability and Validity Studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A Critical Review. *Journal Psychiatry Review, 28* (1), 57-84.

