



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**COMPARACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN BREVE INDIVIDUAL Y GRUPAL  
PARA CONSUMIDORES DE ALCOHOL: PRIMEROS RESULTADOS**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MARÍA VANESA LUNA CAÑAS**

**DIRECTORA:**

**MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUIZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Ciudad de México**

**ABRIL 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

A Papá Dios en primer lugar, por ser mi fuerza, mis ganas, mi luz. Porque a todo paso que doy Él está conmigo. Porque siempre se hace su voluntad. Por ser el amor que mueve el mundo. A Mamita María por ser mi manto ante las tormentas y la caricia en las alegrías.

A mi mamá, por ser el pilar que me sostiene en las adversidades, mi amiga, mi confidente, mi segunda. Gracias por darme todo, gracias por creer en mí, porque sin ti, no estaría donde estoy ahora. Porque has estado en mis triunfos y mis fracasos, porque no te amilanas con nada, por muy duro que sea el camino y me enseñas todos los días cómo se enfrenta la vida. Pero sobre todas las cosas, gracias, infinitas gracias, por recibir en tu corazón a lo más bonito de mi vida y acogerlo ahí para siempre. Te amo mamá.

A mi papá por recordarme siempre lo más importante. Gracias por tu enorme paciencia conmigo y por demostrarme que estás orgulloso de mí. Gracias por tu ternura, la cual, hoy valoro más que nunca.

A Tita, gracias por ser esa compañera de vida, por estar conmigo en mis locuras. Porque eres de las cosas más bonitas que me ha dado Dios. Porque amas a lo que más amo. Gracias por ser tú. Estoy muy orgullosa de ti.

Al compañero que me sigue enseñando, que muchas veces me roba pensamientos, cariño, sueños y deseos, pero de quien en definitiva, sigo aprendiendo. Nunca lo he dicho, pero hay muchas cosas que admirar de ti. En especial, ese niño que tienes dentro y que cuando lo dejas salir, es maravilloso. Porque sepas guiar lo que tienes que saber guiar. Gracias.

A mi querida Dra. María Luna, por todo su apoyo en todos los sentidos. Gracias porque siempre me has brindado tu apoyo, tu cariño y consideraciones.

A Tito, mi hermano amado, por quien siempre pido lo mejor. Un beso sería para ti, pero mejor será para mimis. A todos mis demás hermanos, a quienes siempre querré no importa cuánta distancia pueda existir.

A la Maestra Lety Echeverría, gracias por creer en mí para este proyecto, por todo su apoyo y dedicación, no solamente profesional, sino también personal. Gracias por todas sus enseñanzas y por toda su paciencia para conmigo. Gracias por apoyarme en mis ocurrencias y sumarse a ellas. Junto a usted, pude hacer cosas que nunca me imaginé. Me demostró que si se puede ser grande sin necesidad de engrandecerse. Admiro su calidad humana, su sencillez y la capacidad de siempre ser empática. Porque me enseñó que siempre se pueden conjugar la investigación y la práctica, de modo que sean sustentables para las personas. Para mí, es usted mi mentora. Pero sobre todas las cosas, por su cariño, apoyo y atenciones más allá de la parte académica. Gracias Maestra, todo mi cariño, admiración y respeto.

A la Dra. Morales, por sus comentarios y enseñanzas, que contribuyeron a este trabajo. Gracias Silvia por ser mi primer aproximación en este ramo de la psicología, del que no tenía ni idea que me fuera a apasionar tanto. Gracias también por el apoyo brindado.

A la Dra. Mariana Gutiérrez, de quien siempre recibí apoyo y comentarios alentadores aunque había quien me decía que no la iba a hacer. Gracias por sus enseñanzas clínicas que hasta ahora siguen siendo de mucha utilidad para mi práctica profesional. Por enseñarme que como profesionista debo ser flexible y mostrar siempre una actitud ética.

Al Dr. Samuel Jurado, gracias por su apoyo, aliento y aportaciones basadas en su experiencia para la realización de este trabajo.

A la Mtra. María José Martínez, por todas sus enseñanzas profesionales y sus atenciones. Gracias por brindarme la oportunidad de conocer la forma de trabajo institucional.

A la Fundación de Investigaciones Sociales A.C., por su apoyo sin el cual hubiera sido difícil la realización de este trabajo. A las Lic. Jessica Paredes y Fabiola Torres, junto con todo su equipo de trabajo, por su apoyo en la facilitación de recursos para la promoción de este proyecto.

A la Dirección de Atención a la Comunidad, por brindarme la oportunidad y el apoyo para realizar una de las fases de esta investigación. En especial, al Lic. Francisco Serrano, quien desde el inicio nos abrió las puertas para trabajar conjuntamente. Un reconocimiento a él y a su equipo de trabajo, porque gracias a ellos, tuve la oportunidad de desarrollar habilidades prácticas para la implementación posterior de este estudio. Sin su ayuda, no se habría logrado este proyecto.

Un agradecimiento muy especial al Lic. Darwin Cochancela, quien creyó en nosotros desinteresadamente y nos proporcionó su apoyo profesional para la realización de este proyecto. Muchas gracias por todas tus enseñanzas y tu apoyo. Queda la promesa de trasladar los esfuerzos a la población real, ahí donde son necesarios los empeños conjuntos.

Al Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”, la sede donde pude adquirir conocimientos muy valiosos y que fue mi casa por mucho tiempo. A la Dra. Lydia Barragán por sus contribuciones y apoyo.

Al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, cuyo apoyo fue substancial para este proyecto. Gracias a la Dra. Noemí Díaz y a todo su equipo por la oportunidad de desarrollar la aplicación de esta investigación.

A la Maestra Gaby Ruiz, quien nos ha brindado todo su apoyo y acompañamiento en el proceso. Sus retroalimentaciones han sido de las más enriquecedoras para este trabajo. Gracias Gaby por creer en este proyecto y siempre echarnos porras. Tu ayuda ha sido de mucha utilidad.

A los Doctores Lynda C. Sobell y Mark B. Sobell por sus aportaciones y retroalimentación en este trabajo. Por ser ellos los precursores de intervenciones breves grupales y por su amplia experiencia en el campo.

A la memoria de A.R.H., para con quien tengo el compromiso de hacer siempre más, para que no sea ni uno más.

Muy especialmente, a mi Lucecita, a quien quiero mucho, mucho. Gracias por todo tu apoyo y cariño. Por ser mi brazo derecho y a veces el izquierdo. Por tenerme paciencia en mis idas de avión. Con toda la esperanza de que vuelas muy alto y logres todo lo mejor.

A Paty, por su amistad, apoyo y comprensión. Porque me tuviste paciencia en todas mis fallas y siempre recibí auxilio de tu parte.

A las prestadoras de prácticas profesionales que aportaron sus energías para la promoción de este proyecto.

A mis amigos de vida, Greta, Alma, Gesù, Blanca, Omar, Juan y Mich, que han estado conmigo desde hace muchos poquitos años.

A Ale no solo por su amistad, sino también porque contribuyó con ideas muy útiles para la realización de este proyecto.

A Diana, por ser confidente, amiga, comadre, grupo de autoayuda, entre muchos otros. Te quiero, admiro y respeto mucho. Gracias por estar aquí.

A los chicos accesibles, Daniel, Rafa, Ricardo, Tulio, pero en especial, Edith, Clau, Cerecita, gracias por su apoyo amigas. Gracias por sus contribuciones e ideas para la realización de este proyecto.

A mi amada Universidad Nacional Autónoma de México, mi casa, de donde he aprendido, me he caído y levantado. Gracias por ser la fuente de mi formación, por ser el respaldo y el propulsor de sueños para mí y para muchos. Agradezco enormemente, la oportunidad de seguir. Un orgullo pertenecer a ella. ¡México, Pumas, Universidad!

Con todo mi cariño, a Doña Cañas, para quien va dedicado este trabajo. Gracias por soñar por todos nosotros. Ella ha sido la responsable de mirar siempre hacia delante, soñando en ser más. Siempre, toda mi vida, recordaré el mejor consejo que me pudiste dar. Esto es para ti.

Y por último, por ser lo más importante, al amor más grande y más bonito de mi vida. Gracias por ser mi motor, mi fuerza, la motivación más grande para concluir este trabajo. Gracias por que con tu sola existencia, mejoraste todo lo que tengo y lo que soy. Por ti, vale la pena soñar en un mundo mejor y creer que se puede lograr. Te amo, mi persona favorita.

## Índice

Resumen .....	7
Introducción .....	9
Capítulo 1. El consumo de alcohol en México .....	11
Capítulo 2. Intervenciones breves para consumidores de alcohol .....	19
Capítulo 3. Intervención breve grupal en comparación con intervención breve individual.....	30
Método .....	48
Resultados .....	58
Discusión y Conclusiones .....	72
Limitaciones.....	89
Referencias .....	91



## Resumen

Tal como lo menciona la literatura, del número de personas que reporta consumo de alcohol, un porcentaje importante lo hace de forma excesiva, presentando consecuencias negativas asociadas al consumo, sin embargo, sólo un 6% aproximadamente, presenta indicadores de dependencia. El resto de los usuarios, pueden verse beneficiados de una intervención poco intensiva. Las intervenciones breves para consumidores, han probado su efectividad en diferentes poblaciones y con diferentes sustancias a nivel mundial y en México. Sin embargo, estas intervenciones se presentan en modalidad individual. La terapia grupal, por su parte, ha demostrado ser al menos igual de efectiva que la individual, pero con menores costos, además de que se han observado otros beneficios tales como el reforzamiento que se brindan entre los miembros y el aprendizaje social. El objetivo de este estudio fue comparar la efectividad y el costo, de una intervención breve en sus formatos individual y grupal en una muestra de 10 participantes consumidores de alcohol. Los resultados sugieren que ambos formatos de la IB, son efectivos en disminuir el consumo, entendido como cantidad, frecuencia y tipo de consumo. En ambas modalidades, se encontró un incremento en los niveles de autoeficacia percibida. Sin embargo, la terapia grupal resultó menos costosa, entendida en términos de horas terapeuta. Se concluyó que el formato grupal de la IB para consumidores de alcohol, es al menos igual de efectiva para reducir el patrón de consumo de alcohol, pero implica un menor costo, y en el caso de países en vías de desarrollo, es importante comenzar a utilizar opciones menos costosas para atender este problema de salud pública.

**Palabras Clave:** Intervención Breve, Terapia Grupal, Consumo de Alcohol, Efectividad, Costo.

## **Abstract**

As mentioned in the literature, of the number of people who report alcohol use, a significant percentage presents excessive drinking and are experiencing negative consequences associated with consumption. However, only about 6% presents indicators of alcohol dependence. The rest of the users may benefit from a less intensive intervention. Brief interventions for users have proven their effectiveness in different populations and with different substances worldwide and in Mexico. However, these interventions are in individual format. Group therapy, in other hand, has proven to be at least as effective as the individual therapy, but whit less cost, in addition to other benefits such as reinforcement between members and social learning. The objective of this study was to compare the effectiveness and cost of a brief intervention in their individual and group formats in a sample of 10 alcohol users. The results suggest that both BI formats are effective in decreasing the alcohol use, understood as amount, frequency and type of consumption. In both modalities, there was an increase in self-efficacy levels. However, the group therapy was less expensive in terms of therapist hours. It was concluded that the BI group format for alcohol users, is at least as effective as the individual therapy in reducing the pattern of alcohol use, but it implies a lower cost, and in the case of countries in development, it is important to start using less expensive options to address this public health problem.

**Key Words:** Brief Intervention, Group Therapy, Alcohol Use, effectiveness, Cost.

## **Introducción**

En México se ha observado un crecimiento en el consumo de sustancias en los últimos años, aumentando con ello los costos que implica la atención de problemáticas asociadas con el mismo. El alcohol es la sustancia mayormente consumida, presentándose en una alta proporción el consumo de tipo explosivo, es decir, altas cantidades pero en baja frecuencia. Dicho consumo, genera un alto costo para las instituciones de salud.

A lo largo de los años, se han desarrollado intervenciones breves basadas en la evidencia que han demostrado su efectividad en la atención de los usuarios que consumen sustancias. Específicamente en el caso del alcohol, existe una amplia literatura que menciona que los usuarios que no presentan indicadores de dependencia, pueden verse beneficiados por este tipo de intervenciones, las cuales son administradas por profesionales de la salud.

Cabe señalar que estas intervenciones por lo general, se presentan en un formato individual. Es importante mencionar que dentro de los servicios de atención que se ofrecen en México para las personas que presentan consumo de sustancias, las intervenciones basadas en el modelo de autoayuda, son las más recurrentes; las cuales se administran en formato grupal. Dado lo anterior, se han reportado beneficios propios de intervenciones grupales en este tipo de modelo.

Por otro lado, se han realizado algunas investigaciones que comparan la efectividad de los formatos grupal e individual de intervenciones basadas en la evidencia, encontrándose que no existen diferencias grandes en cuanto a la efectividad de ambos formatos de intervención. Sin embargo, múltiples estudios han encontrado que el formato grupal resulta menos costoso de implementar que el individual. Es decir, se tiene la posibilidad de atender a una mayor cantidad de personas a un menor costo.

De la misma manera, se han reportado otros beneficios de las intervenciones grupales tales como el proceso grupal, es decir, la interacción entre los miembros y la cohesión grupal o alianza terapéutica que se genera entre los participantes, el papel de agentes de cambio de los miembros, el reforzamiento social, el aprendizaje social, por mencionar algunos.

Debido a que existe un incremento en la cantidad de casos que consumen alcohol a nivel nacional y a que los recursos económicos de las instituciones de atención son limitados, aunado a los beneficios reportados por el formato grupal, surge la idea de comparar ambas modalidades, individual y grupal de una intervención breve para consumidores de alcohol, que ha probado en múltiples ocasiones su efectividad en el formato individual, para identificar si específicamente existen diferencias en cuanto a la efectividad de la misma y a los costos de implementación.

## **Capítulo 1. El consumo de alcohol en México**

Una tarea importante de las instituciones de salud, es ofrecer tratamientos adecuados para personas que consumen sustancias, debido a la gran cantidad de consecuencias negativas asociadas al consumo, específicamente por el consumo de alcohol, el cual parece ser uno de los problemas endémicos en México (Medina-Mora, et al., 2001).

El consumo de sustancias psicoactivas, se ha monitoreado con diversas fuentes, para ello, los estudios epidemiológicos permiten conocer qué tan grande es el problema a nivel nacional, ya que ninguna fuente por sí sola es capaz de brindar una visión completa de la problemática (Villatoro, et al., 2015). Dentro de dichas fuentes se incluyen la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora, et al., 2012), la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes (Villatoro et al., 2015), el Sistema de Reporte de Información en Drogas (Ortiz, Martínez & Meza, 2015) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Juan, Kuri, Durán y Velasco, 2012).

En la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora et al., 2012), se observa que el consumo de alcohol en el país, ha presentado un crecimiento significativo en la cantidad de personas que reportan su consumo. Específicamente, la cantidad de personas que consumió en los últimos doce meses pasó de 46.3% en el 2002 a 51.4% en el 2011 y las personas que reportaron haber consumido en el último mes de 19.2% a 31.6%. De la misma forma, el porcentaje de dependencia se incrementó de manera significativa de 4.1% en el 2002 a 6.2% en el 2011. En el caso del consumo diario, se encontró que solo el 0.8% de la muestra encuestada reportó beber alcohol con esta frecuencia.

En el caso del consumo observado en jóvenes, se puede apreciar que existe un incremento significativo. La ENCODE (2015) reporta que en el caso de los jóvenes que cursan secundaria y bachillerato, la prevalencia de consumo de alcohol es de 53.2%

(Villatoro, et. al, 2015). Este mismo fenómeno de aumento significativo de casos de consumo de alcohol se observó en población adulta. La dependencia aumentó significativamente tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, la prevalencia fue mayor en el caso de los hombres. Cabe señalar que el consumo consuetudinario, en el caso de las mujeres disminuyó, al igual que el consumo diario en ambos sexos (Medina-Mora, et al., 2012).

En lo que respecta al total de los casos que acuden a una institución de salud o de justicia y que reportan haber consumido alcohol, se observó que el 42.8% oscila entre los 15 a 19 años, y que el 49.6% de los casos reporta ser estudiante. Estos hechos concuerdan con la disminución de la edad de inicio de consumo de alcohol, donde se observa que el 44.6% de los casos probó la sustancia por primera vez entre los 12 y 14 años, mientras que el 41.1% la probó entre los 15 y 19 años de edad. Con lo anterior, se concluye cómo es que los jóvenes están expuestos al consumo de alcohol, debido a que el nivel educativo, así como la disminución de la percepción del riesgo están asociadas con el incremento de la probabilidad de consumir (Ortiz, et al., 2015; Villatoro et al., 2015).

Cabe señalar que el alcohol, es la droga de inicio con mayor incidencia, con un 39.7% de los casos (Juan et al., 2012), siendo la bebida de mayor consumo la cerveza, seguida por los destilados y de las bebidas preparadas en lata (Villatoro, et al., 2015). Además, el alcohol es la droga de impacto de mayor frecuencia en los casos que acuden a instituciones que brindan tratamiento por consumo de alcohol, con un 30.5% de los casos, seguida por la cocaína con el 17.5%, el cristal con un 14.2% y por la marihuana con un 11.5% (Juan et al., 2012).

En México, el patrón de consumo está caracterizado por ser excesivo, es decir, la ingesta de altas cantidades de alcohol por ocasión, con baja frecuencia, al menos en una

tercera parte de la población. El 53.6% de las personas de entre 18 y 34 años de edad, reportan haber tenido al menos un episodio de consumo excesivo (Medina-Mora, et al., 2012). En el caso de los estudiantes, los resultados indican que el 14.4% de los casos, presentan un consumo de riesgo o nocivo, específicamente el 16.5% en los hombres y el 12.4% en las mujeres. Pese a que el consumo es menor en el caso de las mujeres comparado con el de los hombres, se puede observar que ha habido un incremento en la cantidad de mujeres que consumen alcohol y lo hacen de forma excesiva (Villatoro et al., 2015).

Debido a esta forma de consumo excesivo, se reportan consecuencias negativas tales como los problemas familiares (en el 78.4% de los usuarios); académicos (en el 49.1%), como la deserción escolar y los problemas de aprendizaje; los psicológicos (en el 36.5%), como sentimiento de abandono e inestabilidad emocional. Cabe mencionar que los usuarios perciben que en general el número de problemas incrementa con el consumo de sustancias (Ortiz, et al., 2015).

Otras consecuencias asociadas a este tipo de ingesta de alcohol, son las altas tasas de ingreso a salas de urgencias médicas. Quizá, de las consecuencias que más atención reciben son los accidentes y las diversas formas de violencia (Medina-Mora, et al., 2001).

A partir de los datos anteriores relacionados al consumo de riesgo o nocivo y las consecuencias que de esta conducta se derivan, se puede observar un incremento en los casos que requieren atención oportuna para reducir o eliminar las consecuencias asociadas al consumo. Cabe mencionar que del total de personas que consumen alcohol, solo el 6% reporta haber presentado indicadores de dependencia, lo cual quiere decir que el resto de las personas que consumen, presentan problemas menos severos asociados al consumo, y estas personas pueden verse beneficiados con una intervención temprana y breve (Medina-Mora

et al., 2012). La misma autora y sus colaboradores (2001), señalan que los usuarios que no presentan dependencia al alcohol son susceptibles a recibir intervenciones breves.

Se ha observado que actualmente el número de personas que asiste a tratamiento por consumo de alcohol ha tenido un incremento de alrededor de 100,000 personas en comparación con los datos del 2001, observándose un especial aumento en las personas que cumplen el criterio de posible dependencia al alcohol. En lo que respecta al tipo de intervención, se observa que el tratamiento ambulatorio, es el que más afluencia ha tenido, con un 22.3% de los casos. En general, los datos indican que las personas que asisten a tratamiento, lo hacen principalmente con grupos de ayuda mutua (45.5%), seguido de profesionales de la salud (17.5%). Por lo que respecta a la asistencia a tratamiento por parte de las personas que presentan indicadores de dependencia, se encuentra que sólo un 6.8% de los casos acuden a tratamiento, hecho que merece la pena atender debido a que generalmente las consecuencias asociadas a la dependencia al alcohol suelen ser más negativas y de mayor dificultad de enfrentar (Medina-Mora et al., 2012).

Ahora bien, en lo referente a los establecimientos que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación para personas que consumen sustancias, se encuentra que el 87% de ellos lo hace bajo un enfoque de ayuda mutua, es decir, que las personas encargadas de brindar dicha intervención, son ex consumidores en recuperación (Comisión Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Organización de los Estados Americanos, 2011).

De la cantidad de personas que acuden a establecimientos que brindan tratamiento por consumo de sustancias, servicios de urgencias hospitalarias, entre otros, se observa que la asistencia a los mismos está distribuida de la siguiente forma: el 45.2% acude de manera



voluntaria, el 39.7% son llevados por amigos o familiares, 9.6% por indicación de una autoridad legal y el 2.4% de los casos por una indicación médica, laboral o escolar (Juan et al., 2012).

Dentro de los factores que la literatura ha encontrado que están asociados al ingreso a tratamiento por consumo de sustancias, se encuentran la severidad de problema de consumo y el nivel de motivación. Mientras que dentro de los factores que están asociados, según la literatura al mantenimiento y finalización del tratamiento, se encuentran recursos económicos altos, la baja incidencia de problemas mentales y una menor severidad en los problemas de consumo, mayor probabilidad de adquirir un empleo, mayor edad, menor uso de descarga emocional y mayor uso de satisfactores alternativos como estrategias de enfrentamiento (Greenfield, Brooks, et al., 2007).

En el caso de la deserción a tratamiento por consumo de sustancias, se encuentra existe un alto porcentaje de abandono a nivel mundial, que es de alrededor del 60% al 80% de los casos (Gossop, Stewart, Brownw & Marsden, 2002). En México, similar a los niveles mundiales, el porcentaje de deserción a tratamiento psicológico es de alrededor del 70% de los casos (Velázquez, Sánchez, Lara & Sementías, 2000) y de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas es de alrededor del 70% (Paz, 2010).

Cuando se realizan comparaciones en cuanto a la asistencia al tratamiento, a partir del sexo, se puede encontrar que, en México, la mayor cantidad de las personas que acuden a tratamiento son del sexo masculino, en un 90.75% de los casos (Juan et al., 2012). Pese a que mucho se ha hablado respecto a que la probabilidad de ingresar a tratamiento por consumo de sustancias está influenciada por el género, se ha encontrado que esta variable no es un predictor significativo del mantenimiento, finalización o resultado del tratamiento. Si bien es cierto que existen predictores específicos del género en el resultado del

tratamiento y que las características individuales y del tratamiento pueden afectar diferencialmente el resultado a partir del género, sin embargo, se ha encontrado que tanto hombres como mujeres se ven beneficiados por los tratamientos para el consumo de sustancias (Greenfield, Trucco, McHugh, Lincoln, & Gallop, 2007).

A partir del panorama arriba mencionado, se puede concluir que la tarea de atender el complejo fenómeno del consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas en general, implica acciones tales como incidir en la oferta, en la demanda y en el contexto en el que se desarrolla esta problemática (Medina-Mora, et al., 2013). Pese a que se puede ver un avance en la cantidad de personas que acuden a tratamiento por consumo de alcohol, es necesario invertir en la promoción, prevención y tratamiento como medidas de protección para la población (Medina-Mora et al., 2012).

Cuando se habla de tratamiento, es importante prestar atención al concepto de abuso de sustancias, considerándolo como susceptible de tratamiento, adoptando criterios de evaluación de éxito en el tratamiento basados en la prevención de recaídas y en el impacto en la calidad de vida de los usuarios y no basados exclusivamente en la meta de abstinencia (Medina-Mora, et al., 2013).

Tanto las intervenciones breves como el consejo en el primer nivel de atención, son una medida efectiva para el control del consumo nocivo de alcohol, sin embargo, presenta costos elevados de implementación, ya que implican la capacitación de médicos y la disposición del tiempo para realizar el tamizaje para identificar problemas asociados al consumo de alcohol y la consecuente intervención. Es importante considerar que en México hay una gran tolerancia social al abuso de alcohol, aunado a una baja percepción de riesgo de consumo y poca confianza en la efectividad de las intervenciones destinadas a tratar el consumo de alcohol, razón por la cual es necesario introducir programas educativos que

impacten en estas actitudes y percepciones, para lograr una adherencia a estas estrategias de prevención (Medina-Mora et.al, 2010; Villatoro, et al., 2015).

En un estudio realizado en México, se buscó determinar el costo-efectividad de las estrategias para prevenir y controlar el abuso de alcohol en el país. Los resultados se plantearon en términos de costo-efectividad de las estrategias para reducir la carga de enfermedad. Las estrategias evaluadas fueron: los impuestos al consumo de alcohol y pruebas aleatorias a automovilistas para la detección de aliento alcohólico, el incremento al impuesto en productos con grado alcohólico, la reducción de la disponibilidad de dichos productos, la regulación de la publicidad de productos alcohólicos y la intervención breve en primer nivel de atención. Los resultados de dicho estudio sugieren que la medida con mayor costo efectividad fue el incremento de impuestos, ya que el resto de las estrategias son menos efectivas debido a sus altos costos de implementación. Sin embargo cuando se analizó la combinación de las medidas adaptadas, se encontró que el incremento de impuestos aunado a la mayor proporción de personas atendidas con intervenciones breves, el control de la publicidad y la reducción de la disponibilidad de alcohol en su conjunto, forman la estrategia integral más costo-efectiva (Medina-Mora, et al., 2010).

Es importante invertir en tratamientos integrados en el Sistema Nacional de Salud, brindando así una cobertura universal de tratamiento por consumo de sustancias, con tratamientos que se adapten a las necesidades de cada persona (Medina-Mora, et al., 2013). Debido a ello, la utilización eficiente de los recursos es básica para la viabilidad de los programas, un tema que debe sustentar las políticas públicas de salud mental (Medina-Mora et.al, 2010).

Por otro lado, también es necesario prestar atención a los estudios de traslación de la información a modelos de intervención que sean probados en población real (Medina-Mora,

et al., 2013), para lo cual se requiere realizar investigación para medir la efectividad y costo-efectividad de los tratamientos, considerando las características especiales de la población a la que van dirigidos (Greenfield, Brooks, et al., 2007).

## **Capítulo 2. Intervenciones breves para consumidores de alcohol**

Los tratamientos para consumidores de alcohol, han tenido una evolución histórica. Inicialmente, no estaban basados en la evidencia científica, sino más bien en impresiones subjetivas y anecdóticas y estaban pensados para personas que ya presentaban una dependencia al alcohol, los cuales por lo general eran tratamientos largos. Sin embargo, como se menciona en el capítulo anterior, la mayor cantidad de personas que consumen alcohol, no presentan dependencia a la sustancia, es decir son bebedores que tienen consumos de riesgo o nocivo, lo cual, generó inquietud a los sistemas de salud, debido a que la atención a personas consumidoras de alcohol con los tratamientos habituales, resultaba bastante costosa, por lo cual surge la necesidad de desarrollar estrategias más costo-efectivas, para optimizar los recursos y beneficiar a una mayor cantidad de personas. Con el paso del tiempo, fue claro que los usuarios con problemáticas menos severas respondían mejor a tratamientos menos intensivos, de ahí que surja la idea de proporcionar tratamientos menos intensivos y se comenzó a hablar de la correspondencia entre la severidad del problema y la intensidad de la intervención, lo cual trae como beneficio incrementar el énfasis en la detección temprana de los casos y se le comenzó a prestar atención por parte del sector salud a otro tipo de tratamiento para usuarios caracterizados por ser bebedores excesivos sin indicadores de dependencia, llamado intervención breve (Sobell & Sobell, 1993).

La intervención breve (IB) es una estrategia terapéutica que se centra principalmente en modificar la conducta de consumo de los usuarios combinando la identificación temprana de personas que se encuentran en situación de riesgo al consumo. Dicha intervención va dirigida a personas que no han desarrollado dependencia severa o lo que se define como bebedor excesivo (Organización Mundial de la Salud, 2011).

El término bebedor excesivo se refiere a aquellos individuos cuyo problema de consumo data de menos de 10 años, que han comenzado a experimentar consecuencias negativas por su consumo de alcohol o que beben en situaciones que los ponen en riesgo de presentar dichas consecuencias, pero que su patrón de consumo no es estable, que no muestran indicadores de síndrome de abstinencia cuando no consumen, que pueden controlar o limitar su forma de consumir en algunas situaciones y circunstancias, que por lo general cuentan con estabilidad económica y social y con recursos personales, además de que por lo general, no consideran tener un problema con su forma de beber. Se ha encontrado que este tipo de población, puede responder bien a una intervención breve, no intensiva (Sobell & Sobell, 1993).

Las IB representan una opción de tratamiento en los niveles de prevención selectiva e indicada, además de que pueden ser implementadas a partir de las tecnologías de la información y la comunicación (Schmidt, Capron, Raines, & Allan, 2014)

Dentro de los beneficios de las IB, se encuentran el hecho de que se pueden producir efectos más inmediatos generando una mayor reducción de los daños, de las consecuencias negativas y de los costos del consumo de sustancias (French et al., 2008), además de que se pueden reducir barreras del tratamiento tales como tiempo de desplazamiento y la estigmatización por acudir a un tratamiento (Schmidt, et al., 2014). Específicamente hablando, las IB implican un costo menor y una mayor accesibilidad para poblaciones de bajos recursos (Peterson, Baer, Wells, Ginzler & Garret, 2006).

Se han realizado diversas investigaciones para evaluar la efectividad de las IB en poblaciones que consumen sustancias con diversas características (Vasilaki, Hosier & Cox, 2006; Wagner, Hospital, Graziano, Morris, & Gil, 2014; Grenard, et al., 2007; Goti, et al., 2010; Peterson et al., 2006).

Por ejemplo, un grupo de investigadores, realizó un meta-análisis de 9 estudios que compararon una IB motivacional con un grupo control o con otro tratamiento. De esta revisión se desprende que la IB motivacional es la más efectiva ya que se encontraron resultados superiores para este tratamiento. De la misma forma, se encontró que las investigaciones que excluyeron a usuarios con dependencia, obtuvieron mejores resultados, lo cual reafirma que este tipo de intervenciones es efectiva en población que no presenta dependencia. Por otro lado, un hallazgo de esta revisión fue el hecho de que el promedio de duración de las intervenciones breves es de 90 minutos, lo cual resulta efectivo en reducir el consumo de alcohol en un periodo de menos de 3 meses (Vasilaki, et al., 2006).

En otra investigación realizada por Wargner y sus colaboradores (2014) se evaluó la eficacia de una IB, en población estudiantil con consumo de sustancias y conducta agresiva, mediante un ensayo clínico con 514 estudiantes de preparatoria. A los usuarios se les asignó a una de dos condiciones, la primera, una IB y la segunda una atención habitual. Los resultados arrojaron que los participantes de la IB mostraron una reducción significativa en el número total de días de consumo de alcohol y drogas y en los incidentes de conducta agresiva al término del tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses, en comparación con el grupo que recibió la otra intervención. Con lo anterior se sugiere que la IB es una aproximación temprana que puede ser implementada en forma exitosa en población estudiantil.

En un estudio piloto desarrollado por Grenard y su grupo de investigadores (2007), se evaluó la factibilidad y los efectos preliminares de aplicar una IB motivacional en población estudiantil que presentan un riesgo de consumo. La muestra estuvo conformada por 18 estudiantes que fueron asignados aleatoriamente a la condición experimental que consistía en la IB o a un grupo control, al cual se le dio la atención habitual brindada en

una escuela a estudiantes que presentan riesgo de consumo. Los resultados encontrados señalan que los participantes del grupo experimental mostraron una reducción significativa en su consumo de sustancias y en la presencia de conductas de riesgo en comparación con el grupo control. Con lo anterior se sugiere que es posible administrar una intervención breve de forma individual en un escenario escolar con jóvenes que se encuentran en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas ().

Por otro lado, este tipo de intervenciones también ha resultado ser efectiva en población que no busca tratamiento pero que se encuentra en una situación de alto riesgo de consumo. Tal es el caso de una investigación donde se realizó un ensayo aleatorio 3 por 3 para probar una IB motivacional en 285 adolescentes en situación de calle que consumen sustancias, los cuales fueron asignados a una de tres condiciones, el grupo experimental consistente en la IB o uno de los dos grupos control, consistentes en solo evaluación o evaluación más seguimiento. Los resultados arrojaron que los jóvenes que recibieron la condición experimental reportaron una reducción de su consumo de drogas ilícitas comparado con los grupos control (Peterson et al., 2006).

Por otro lado, también existe evidencia de que las IB son efectivas en la modificación de la percepción que se tiene del consumo de sustancias a partir de un enfoque motivacional. Tal es el caso del estudio desarrollado por un grupo de investigadores, los cuales evaluaron la eficacia de una IB motivacional en 103 adolescentes referidos a tratamiento psiquiátrico, que reportaron consumir sustancias, los cuales fueron asignados de forma aleatoria a una de dos condiciones: al grupo experimental que recibió la IB o al grupo control. Los resultados sugieren que hubo un incremento significativo en la percepción de los riesgos de los efectos de las sustancias psicoactivas (Goti, et al., 2010).



Las investigaciones anteriores abordan la efectividad de las IB en el campo de las adicciones, sin embargo, se ha probado su efectividad en trastornos diferentes al consumo de sustancias, obteniéndose resultados favorables en cuanto a la disminución de sintomatología y a mejoría en diversos aspectos de la vida de los usuarios, en padecimientos tales como ansiedad (Schmidt et al., 2014).

De las investigaciones anteriores, se puede desprender lo siguiente. En primer lugar, se ha encontrado evidencia empírica que sustenta la efectividad de las IB en diferentes poblaciones y escenarios y motivos de consulta diferentes al consumo de sustancias. De la misma forma, se observa que las IB pueden ser utilizadas en población que no busca tratamiento y que se encuentra en estadios tempranos de consumo y que presentan resistencia a ingresar a tratamiento (Peterson et al., 2006; Wagner, et al., 2014). En general, las intervenciones breves son menos costosas que otros tratamientos, debido a que el número de sesiones es reducido (Lira, 2009; Vasilaki et al., 2006).

Dentro de las IB diseñadas para consumidores de alcohol, se encuentra una aproximación no intensiva, ambulatoria, motivacional y flexible llamada Modelo de Auto Cambio Dirigido (ACD), la cual es una intervención que busca promover el cambio en la conducta de consumo por medio de guiar a los usuarios a que identifiquen sus propias razones para cambiar, a través del consejo. Este modelo parte del supuesto de que los usuarios ya cuentan con habilidades de enfrentamiento para las situaciones de riesgo, por lo que solo necesitan aprender a identificar y responder a dichas situaciones. Por otro lado, busca incrementar los niveles de autoeficacia y motivación al cambio (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2007; Sobell & Sobell, 1993).

El Modelo de ACD (Sobell & Sobell, 2011), está basado en la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1999), en la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999) y en el Modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt & George, 1984).

La Teoría Social Cognitiva de Bandura (1999), menciona que la conducta humana, incluyendo el consumo de sustancias, está condicionada y regulada por los estímulos ambientales, los cuales incrementan o disminuyen la posibilidad de ocurrencia de dicha conducta. Que una persona adapte y ponga en práctica aquello que ha aprendido, depende de una serie de factores, dentro de los que se incluyen la autoeficacia percibida, la posesión de recursos personales, la expectativa del resultado respecto a los costos y los beneficios de un nuevo estilo de conducta y las oportunidades e impedimentos percibidos. En esta teoría se marca cómo la autoeficacia percibida ocupa un rol importante en la regulación del funcionamiento motivacional, afectivo y cognitivo, además de que permite a las personas crear ambientes más benéficos, modificar y controlar su conducta. La capacidad de ejercer una auto-influencia para lograr metas y evaluar el propio desempeño brinda un mecanismo de motivación y auto dirección. Las personas que tienen una fuerte creencia en sus capacidades doblan sus esfuerzos y tratan de tener un mejor desempeño para conseguir sus metas, con lo que pueden manejar su ambiente de forma más efectiva y productiva.

La Entrevista Motivacional (EM) de Miller y Rollnick (1999) es un estilo terapéutico centrado en el usuario, que busca promover la motivación al cambio y resolver la ambivalencia mediante un estilo no confrontativo, en su lugar, se toman en cuenta las experiencias y perspectivas del usuario. Los terapeutas que trabajan bajo este abordaje, ofrecen consejo y retroalimentación a los usuarios. Para lo anterior, el profesional debe establecer un ambiente de confianza, respeto y empatía. Existen cinco principios básicos que subyacen a la EM, los cuales son: expresar empatía, crear una discrepancia, evitar la

discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia. El principio de expresar empatía se refiere a brindar una escucha reflexiva, evitando juicios y reconociendo que la ambivalencia es un proceso normal. El principio de crear discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que se desean conseguir el usuario, implica promover que el usuario exprese sus propias razones para cambiar. Mientras que, en lo que se refiere a evitar la discusión, implica no confrontar al usuario para evitar que se presente la resistencia al cambio por parte de éste. En el caso de darle un giro a la resistencia, el terapeuta promueve en el usuario la posibilidad de considerar desde otra perspectiva lo que está proponiendo. Finalmente, el principio de fomentar la autoeficacia, se refiere a incrementar en el usuario su confianza en modificar su conducta.

Cabe señalar, que uno de los factores asociados al éxito del tratamiento, es precisamente la motivación (Vasilaki et al., 2006), la cual es objetivo principal para las IB (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Echeverría, et al., 2007; Martínez et al., 2008; Sobell & Sobell, 1993; Sobell, Manor, Sobell, & Dum, 2008; Peterson et al., 2006).

El Modelo de Prevención de Recaídas, se enfoca en la fase de mantenimiento del cambio conductual. Desde esta perspectiva, la recaída está conceptualizada no como un indicador de fracaso del tratamiento, sino más bien, se considera que los episodios de recaída son clave para el desarrollo de estrategias para la prevención de un nuevo episodio de consumo, considerándose al usuario como un ente proactivo. Este modelo tiene como objetivo enseñar a los individuos a anticiparse y a hacer frente a las situaciones potenciales de riesgo de recaída (Marlatt & George, 1984).

El Modelo de ACD, puede verse como una intervención breve que guía al usuario a entender su problema y a formular su propio tratamiento y elegir una meta para el mismo,

responsabilizándolo del éxito del mismo, toda vez que el tratamiento es un proceso dinámico debido a que ocurre un proceso de aprendizaje, que influye en los cambios en el plan de tratamiento, incluyendo el cambio de las metas. Considerando lo anterior, la recuperación es vista como un proceso de aprendizaje y no como un fenómeno todo o nada (Ayala, Cárdenas, Echeverría, & Gutiérrez, 1995; Sobell & Sobell, 1993).

Cuando se habla de la elección de la meta, se ha encontrado que ofrecer a los usuarios la posibilidad de reducir su consumo, ya sea moderación o abstinencia, hace más factible el logro de la meta, en especial en el caso de los jóvenes, encontrándose que la mayoría de los usuarios elige la meta de moderación. Con este tipo de intervención, se ha observado una reducción en la frecuencia de consumo excesivo (Ayala et al., 1995; Wagner et al., 2014).

El modelo de ACD, fue adaptado a población mexicana por Ayala y colaboradores, en un estudio consistente en una muestra de 108 usuarios consumidores de alcohol, caracterizados por ser bebedores problema, donde se encontró que hubo una reducción significativa entre los días de consumo como en las ocasiones de consumo excesivo. En este estudio se encontró que luego del tratamiento, los usuarios disminuyeron la cantidad de días de consumo excesivo. Los autores concluyeron que la IB es eficaz en la reducción de consumo entendido como la cantidad por ocasión, específicamente el consumo de riesgo y nocivo, además de la frecuencia de consumo. De la misma forma, se observa que los usuarios adaptaron un estilo de consumo moderado. Con lo anterior, se habla de la gran capacidad de adaptabilidad y generalización de este programa (Ayala & Echeverría, 1998; Ayala et al., 1995; Ayala et al., 1998; Carrascoza & Echeverría, 2012; Echeverría et al., 2012; Echeverría, Ruiz, Salazar, & Tiburcio, 2004).

Las IB en México han sido adaptadas a diferentes poblaciones y tipos de sustancia consumida, toda vez que surge la necesidad de tener modelos de intervención basados en la evidencia para tratar problemas de consumo de sustancias, que incluyan una evaluación sistematizada para corroborar su efectividad (Lira, 2009; Martínez et al., 2008). Tal es el caso de usuarios consumidores de tabaco, donde Lira (2009), evaluó la efectividad de un programa de IB en 71 usuarios fumadores y en combinación con terapias sustitutivas con nicotina, los cuales fueron asignados aleatoriamente a una de cinco condiciones experimentales: programa de IB, inhalador de nicotina, chicle de nicotina, IB más chicle con nicotina. Se encontró que hubo diferencias significativas en el patrón de consumo en las mediciones en el inicio del tratamiento, comparado con la fase de tratamiento y con la de seguimiento a los seis meses, no habiendo diferencias significativas entre las condiciones, lo cual lleva a concluir que la IB es igual de efectiva para reducir el consumo de tabaco que las terapias de sustitución.

En el caso de la población adolescente, es decir de los 14 a los 18 años, se adaptó el programa de IB. En este caso, fueron Martínez y colaboradores (2008) los encargados de desarrollar y evaluar este programa en estudiantes de nivel medio y medio superior, que consumían alcohol u otras sustancias y que presentaban problemas asociados a su consumo pero que no presentaban indicadores de dependencia. Esta investigación se desarrolló mediante un diseño de caso único con 25 réplicas, con una muestra no probabilística. Los resultados desprenden que 24 participantes del total de la muestra tuvieron una reducción significativa en su consumo de sustancias. En el caso del consumo de alcohol, los resultados de disminución en términos de la cantidad consumida, fueron significativos entre la línea base y el tratamiento y la línea base y el seguimiento. Otro resultado importante de esta investigación es que hubo un cambio significativo en su nivel de autoeficacia percibida

en todas las situaciones de riesgo al consumo. Con lo anterior, se sugiere que la IB adaptada a esta población puede ser efectiva en reducir el consumo en adolescentes y en incrementar la autoeficacia percibida, la cual está asociada con las recaídas.

En algunas ocasiones se considera que para poblaciones de alto riesgo, se requiere de un tratamiento más intensivo para que se puedan observar resultados favorables (Goti, et al., 2010), sin embargo, se ha probado que la intervención breve es efectiva con este tipo de población (Peterson et al., 2006).

Con la información anterior, se puede concluir que las IB pueden adaptarse de forma exitosa a la población mexicana, atendiendo a la necesidad de desarrollar programas que cubran las necesidades particulares de la población hacia la que van dirigidas la (Ayala & Echeverría, 1998; Ayala et al., 1995; Ayala, et al., 1998; Lira, 2009; Martínez et al., 2008; Medina-Mora, et al., 2013), para de esa forma contribuir a reducir y eliminar las barreras que existen para que las personas acudan a tratamiento (Wagner, et al., 2014), incluyendo los altos costos asociados a las intervenciones tradicionales para atender problemas de consumo de sustancias.

Sin embargo, un hecho importante a resaltar con esta información es que en todos los casos, las intervenciones fueron proporcionadas en formato individual, observándose así, solo los beneficios de la modalidad individual, dentro de los que se encuentran la flexibilidad en términos del acomodo de las sesiones y la duración del tratamiento, además de que existe mayor posibilidad de brindar atención de forma individualizada, mayor confidencialidad y una mayor oportunidad de construir una alianza terapéutica en comparación con el formato grupal (Ware, Mann, & Wakeling, 2009). Por otro lado, también se describen como ventajas de la terapia individual la posibilidad de diseñar la

intervención a partir de las necesidades del usuario, destinando una mayor cantidad de tiempo a cada usuario (Tucker & Oei, 2007).

### **Capítulo 3. Intervención breve grupal en comparación con intervención breve individual**

Debido a que los recursos financieros de las instituciones públicas de salud son escasos, una característica necesaria para los tratamientos puestos a disposición de la población, es que sean efectivos a bajos costos (Holas & Suszek, 2016; Humphreys et al., 2004; Ware et al., 2009). Una de los objetivos de la investigación en adicciones es precisamente, el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia, contemplando su costo, su beneficio hacia los usuarios y su efectividad (NOM-028 –SSA-2009).

En este capítulo se abordarán las principales características de la terapia grupal en primer término. Posteriormente, se retomarán los beneficios de las intervenciones breves en su formato individual, reportados en el capítulo anterior, para concluir con una comparación entre los formatos individual y grupal en la atención a personas que consumen sustancias psicoactivas.

La terapia grupal, es una modalidad de tratamiento que ha demostrado ser efectiva y que además ofrece la posibilidad de atender a una cantidad mayor de usuarios en un menor tiempo y con menores recursos (French et al., 2008; Sobell & Sobell, 2011; Steenbarger & Budman, 1996).

La modalidad grupal provee un campo complejo de interacciones entre personas (Weber, 2016). Mientras que existen diferencias individuales entre los miembros del grupo, todos los participantes se caracterizan en común porque buscan un tratamiento para una misma problemática (Greenfield, Brooks et al., 2007).

La terapia grupal crea un grado de interdependencia entre los miembros del grupo (Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2006). Cuando los individuos se unen a un grupo, cambian a partir del grupo donde se encuentran, es decir, el grupo influye en cada uno de los



miembros, generando nuevos productos porque los grupos son dinámicos y en constante cambio a lo largo del tiempo, razón por la cual se propone estudiar al grupo como un ente y no como miembros por separado. Es decir, que los grupos tienen un profundo impacto en los individuos, en sus acciones, pensamientos y emociones. Los miembros pueden modificar su conducta en respuesta a normas sociales y otros requerimientos del grupo (Forsyth, 2010).

En su obra *la Teoría y la Práctica de la Psicoterapia Grupal*, Yalom (1995), refiere algunos mecanismos de la terapia grupal, dentro de los que los principales son la generación de esperanza, el sentido de universalidad de los padecimientos, la impartición de información, el apoyo que se brindan los miembros, el aprendizaje interpersonal que se da mediante la retroalimentación de los miembros, el desarrollo de habilidades sociales, el aprendizaje de nuevas conductas mediante la imitación y la cohesión grupal.

Las fases o etapas a lo largo del desarrollo del grupo descritas por la literatura son: inicio, transición, funcionamiento, y etapa final. La etapa de inicio requiere del establecimiento de reglas, los miembros desarrollan un entendimiento de la experiencia grupal, en esta etapa, se comienza a construir la cohesión grupal, la cual será explicada posteriormente. La etapa de transición, implica un reconocimiento de la problemática motivo de consulta del grupo. En la etapa de funcionamiento, es importante suscitar el apoyo y reforzamiento entre los miembros para promover el cambio conductual. En la etapa final, se realiza un cierre del tratamiento, identificando obstáculos, las ganancias obtenidas del grupo, y las metas alcanzadas (Bieling, McCabe & Antony, 2006).

Dos variables que la literatura describe especialmente, son la cohesión y el proceso grupal, ya que se consideran dos predictores del éxito del tratamiento grupal y del

incremento en la satisfacción del mismo (Bieling, et al., 2006; Greenfield, Cummings, Kuper, Wigderson & Koro-Ljungberg, 2013; Holas & Suszek, 2016; Tucker & Oei, 2007).

La cohesión grupal es el equivalente a la alianza terapéutica en la terapia individual. Está definida como la atracción que tienen los miembros entre sí. La cohesión grupal promueve el incremento en la participación y de la aceptación de los miembros del grupo (Bieling et al., 2006). De la misma forma, la cohesión favorece un sentido de pertenencia al grupo y disminuye el sentimiento de soledad. Se logra creando un ambiente amigable, que facilite la corrección entre sus miembros (Holas & Suszek, 2016)

Dentro de los factores que influyen en la cohesión grupal, se encuentran las características del terapeuta, la preparación de los miembros para ingresar al grupo, las características de los miembros y la composición del grupo (Bieling, et al., 2006).

El proceso grupal está definido como las interacciones aquí y ahora entre los miembros, el terapeuta y el grupo por si mismo (Yalom, 1995). Dentro de los aspectos que influyen en el proceso grupal se encuentran la cohesión grupal, las variables propias de cada individuo y las del terapeuta, en especial, el entrenamiento que éste tiene sobre cómo conducir una intervención grupal. El proceso grupal juega un rol importante en la facilitación de la expresión por parte de los miembros (Bieling, et al., 2006).

Holas y Suszek (2016), sugieren que el terapeuta puede hacer uso del proceso grupal para beneficio de los usuarios y para promover e incrementar la efectividad del tratamiento. Por su parte, Bieling y colaboradores (2006), mencionan que el resultado terapéutico del grupo está determinado por las estrategias propias de la intervención y por el proceso grupal dentro del contexto del grupo.

Existe amplia literatura basada en la evidencia que reporta beneficios de la terapia grupal (Bieling et al., 2006; Greenfield et al, 2013; Holas & Suszek, 2016; Oei & Dingle,

2008; Schechtman & Kiezel, 2016; Shimiege et al., 2009; Sobell & Sobell, 2011; Ware et al., 2009).

Dentro de las ventajas que diversas investigaciones reportan de la terapia grupal se encuentran el aprendizaje vicario por parte de los miembros, que se da mediante el modelamiento de conductas más adaptativas entre ellos y la retroalimentación (Bieling et al., 2006; Oei & Dingle, 2008; Schechtman & Kiezel, 2016; Ware et al., 2009). De esta forma, los miembros logran el desarrollo de nuevas habilidades y la oportunidad de probar nuevas conductas eficientes en un ambiente social (Burleson, Kaminer, & Dennis, 2006; Holas & Suszek, 2016).

Algunos autores han abordado el tema de la retroalimentación provista por el terapeuta y los mismos miembros (Oei & Dingle, 2008; Schechtman & Kiezel, 2016; Sobell & Sobell, 2011), la cual juega un rol que ayuda a modificar la conducta y cambiar pensamientos distorsionados y a reforzar pensamientos más realistas (Bieling et al., 2006; Burleson et al., 2006).

Una ventaja de la terapia grupal, es que es una fuente de apoyo y reforzamiento, volviéndose los miembros una red de apoyo (Greenfield et al, 2013; Oei & Dingle, 2008), mediante lo cual, se logra incrementar la motivación de los usuarios al cambio conductual (Bieling et al., 2006; Smock et al., 2008; Sobell & Sobell, 2011), además de que los miembros pueden observar en sus compañeros que el cambio de conducta es posible (Shimiege, Broaddus, Levin, & Bryan, 2009).

El grupo permite el desarrollo de la autoeficacia percibida mediante el apoyo social (Sobell & Sobell, 2011). Cabe señalar que ambos constructos actúan de forma bidireccional en la conducta de las personas. La idea de pensar como grupo pero actuar de forma individual es una forma de generar en las personas un sentido de eficacia de que ellos

pueden hacer la diferencia (Bandura, 1999). La forma en la que las personas se comportan, está influenciada por la experiencia de cómo se relacionan con otras personas (Weber, 2016).

Por otro lado, dentro de las funciones del grupo se encuentran, permitir a los miembros superar el sentimiento de soledad y la normalización de los problemas (Oei & Dingle, 2008; Burlison, et al., 2006) al hablar de padecimientos semejantes y al saber que no se es la única persona que los presenta, logrando la aceptación por parte de los otros miembros (Bieling, et al., 2006; Greenfield, et al, 2013; Schechtman & Kiezel, 2016; Tucker & Oei, 2007).

Las necesidades particulares de los miembros, son cubiertas por el resto de los integrantes (Greenfield, et al, 2013), el grupo constituye un espacio para que los miembros aborden temas delicados concernientes al motivo de consulta (Shimiege et al., 2009).

La idea de que los miembros del grupo son agentes de cambio y que la interacción entre los miembros o el proceso grupal, por si mismos son elementos de cambio, está sustentada en algunas investigaciones (Bieling et al., 2006; Sobell & Sobell, 2011).

Es importante mencionar que los beneficios de una intervención grupal no solo se limitan a tratamientos profesionalizantes. Específicamente en el consumo de sustancias, se han podido observar las ventajas de la intervención grupal en procedimientos basados en el modelo de autoayuda, dentro de las que se encuentran la posibilidad de que los miembros se brinden consejo entre ellos, la promoción de la autoeficacia, el apoyo social y el reforzamiento, siendo todo lo anterior provisto por personas que entre sí, comparten experiencias similares, y por lo mismo, pueden manifestar entendimiento de la situación que vive cada miembro (Humphreys et al., 2004; Frydrych, Greene, Blondell, & Purdy, 2009).

La terapia grupal ha demostrado ser efectiva para tratar problemáticas leves a moderadas en diferentes tipos de población (Oei & Dingle, 2008; Ware et al., 2009). En el caso del consumo de sustancias, existen diversas investigaciones que demuestran su efectividad (D'Amico, Chan-Osilla, & Hunter, 2010; French et al., 2008; Mörtberg, Karlsson, Fyring, & Sundin, 2006; Shimiege et al., 2009; Smock et al., 2008;).

En una investigación realizada por Smock y colaboradores (2008), se evaluó la efectividad de una intervención grupal para consumidores de sustancias, mediante un diseño cuasi-experimental pre-post con un grupo experimental y un grupo control en 38 participantes que consumían sustancias psicoactivas, los cuales fueron distribuidos aleatoriamente a las condiciones. En el grupo experimental, se brindó la intervención grupal, mientras que en el grupo control, se brindaron sesiones de psicoeducación. Se encontró que hubo una mejoría significativa en los niveles de depresión y en el funcionamiento interpersonal y papel social en la condición experimental, mostrando evidencia de que los resultados se deben a la intervención grupal. Los autores concluyen que dicha intervención grupal es efectiva.

Las intervenciones grupales se han probado también en población adolescente. Tal es el caso de una investigación donde se examinó la respuesta a una Intervención Grupal Motivacional (IGM) en 101 jóvenes primo-delinquentes consumidores de alcohol u otras drogas. El tratamiento consistió en seis sesiones grupales basadas en la Entrevista Motivacional. Los resultados encontrados sugieren que la retroalimentación que proveen los miembros del grupo que está caracterizada por evocación, colaboración, apoyo y empatía promueve el cambio conductual de consumo en jóvenes infractores (D'Amico et al., 2010).

En otro ensayo clínico realizado con 484 menores infractores, se buscó identificar la intervención grupal más efectiva para modificar la actitud positiva hacia el consumo de alcohol y hacia conductas sexuales de riesgo. Al primer grupo se le brindó una intervención basada en psicoeducación, al segundo, se le brindó una intervención de psicoeducación más una intervención motivacional grupal para reducir el consumo de alcohol y al tercer grupo, el control, solo se le brindó información. Se midió la actitud hacia dichas conductas antes y después del tratamiento. Los resultados muestran que la intervención grupal que incluye un componente motivacional es la que obtuvo un mayor incremento en la motivación de los usuarios para disminuir las conductas de consumo de alcohol, además de que los usuarios que recibieron esta intervención mostraron una reducción mayor de conducta sexual de riesgo en comparación con las otras dos condiciones. Los resultados sugieren que incluir estrategias motivacionales es un factor que influye en la efectividad de un tratamiento grupal (Shimiege et al., 2009).

Otro grupo de investigadores comandado por French (2008), realizaron un estudio donde se analizó el costo-efectividad de cuatro intervenciones (terapia cognitivo conductual, terapia familiar funcional, tratamiento integrativo y terapia grupal), para tratar a adolescentes que consumían sustancias psicoactivas, mediante un ensayo clínico. La muestra estuvo conformada por 114 adolescentes que consumían drogas. Dentro de los principales resultados se encontró que los costos del tratamiento varían substancialmente entre las intervenciones. Se concluyó que la terapia grupal resultó tener una efectividad similar a la mayoría de las intervenciones, aunque es significativamente menos costosa.

Existe evidencia de la efectividad de la terapia grupal en diversos tipos de padecimientos ajenos al consumo de sustancias, dentro de los que se encuentran la depresión, ansiedad, fobia social, trastorno de pánico, obesidad y trastornos alimenticios

(Bieling, McCabe, & Antony, 2006; Compas, et al., 2011; Mörtberg et al., 2006; Oei & Dingle, 2008), encontrándose en términos generales que la terapia grupal es al menos igual de efectiva que otras intervenciones en la disminución de sintomatología aunado a la presencia de las ventajas del grupo mencionadas anteriormente.

Sin embargo, pese a la evidencia que muestra las bondades de la terapia grupal, existen algunos autores que refieren efectos iatrogénicos de la terapia grupal, en especial en población joven, donde sugieren que las conductas antisociales pueden ser promovidas por los miembros del grupo (Kaminer, 2005).

En defensa de la terapia grupal, surge un metaanálisis para identificar un posible efecto iatrogénico derivado de las intervenciones grupales. En este estudio se encontró que no existe evidencia que sustente dicha afirmación, debido a que los efectos reportados por dichos estudios no parecen estar asociados con la intervención del terapeuta o del tratamiento (Weiss et al., 2005).

Por su parte, un grupo de investigadores comandado por Burleson (2006) realizó un estudio donde analizó los datos de 400 jóvenes consumidores de marihuana, provenientes de una investigación previa, los cuales se asignaron aleatoriamente a tres condiciones grupales que diferían en duración, para conocer si la intervención influía en el incremento del consumo de sustancias y problemas conductuales en dichos jóvenes, encontrándose que no existe evidencia que avale que la intervención grupal tenga un efecto iatrogénico en el usuario. Estos resultados apoyan la idea de que la terapia grupal para poblaciones en riesgo es una modalidad de tratamiento segura y efectiva.

Morgan-Lopez y Fals-Stewart (2006), describieron los desafíos inherentes al realizar investigación en terapia grupal. Dentro de los principales desafíos para los

investigadores, están la dificultar en describir la dinámica y los efectos recíprocos entre el grupo y sus miembros. Y precisamente, uno de los grandes desafíos para las investigaciones que se utilizan intervenciones grupales, tiene que ver con la dificultad para reclutar miembros en un determinado tiempo, sin generar listas de espera con el riesgo de tener deserciones aun antes del inicio del tratamiento (Oei & Dingle, 2008).

Por otro lado, la percepción que tienen los usuarios del tratamiento grupal, juega un papel importante para formar un grupo. Por ejemplo, en una investigación cualitativa con mujeres consumidoras de sustancias, se examinó las diferencias en la percepción que tiene dicha población de una intervención grupal basada en prevención de recaídas para consumidores de sustancias donde solo participaron mujeres y una donde participaron ambos géneros. La muestra estuvo conformada por 28 mujeres, asignadas aleatoriamente a cualquiera de las dos condiciones, indagando las experiencias y la satisfacción asociadas a la modalidad del tratamiento. Los resultados sugieren que las participantes que recibieron la intervención grupal sólo para mujeres, reportaron sentirse más seguras, en un ambiente más íntimo, confortable, con mayor empatía y con la posibilidad de ser honestas y una mayor facilidad de comunicación, además de sentir que sus necesidades estaban siendo atendidas, en comparación con aquellas que recibieron la intervención grupal mixta (Greenfield et al., 2013).

Se ha encontrado que la actitud hacia el tratamiento es una variable que influye en la permanencia de los usuarios al mismo (Hofmann & Suvak, 2006; Ware et al., 2009). A partir de esta idea, Schechtman y Kiezel (2016), buscaron identificar las razones por las cuales las personas evitan acudir a tratamiento grupal, aun cuando existe evidencia que avala su efectividad. Utilizaron una muestra de 224 estudiantes universitarios, a los cuales pidieron que expusieran la modalidad de tratamiento de su preferencia, además de que les



solicitaron externaran los beneficios de cada una. Los resultados refieren una preferencia a la terapia individual sobre la grupal. El hecho de que las personas prefieran una intervención individual sobre una grupal puede explicarse debido a que los usuarios reportaron ciertos temores asociados a acudir a una intervención grupal dentro de los que se encuentran el temor a ser criticado, a los extraños, a expresarse con otros, o a perder el control.

Otros temores reportados se refieren a la preocupación a ser estigmatizado y la vergüenza, específicamente asociadas con el consumo de sustancias, sin embargo, se ha encontrado que la terapia grupal promueve un ambiente donde se facilita la comunicación, se contribuye a que los miembros hablen más abiertamente entre ellos (Greenfield et al, 2013).

Por tal motivo, lo anterior constituye el desafío de dirigir los prejuicios entre los usuarios y los mismos terapeutas en contra de la terapia grupal motivando el uso de esta modalidad (Steenbarger & Budman, 1996).

En otro orden de ideas, es sabido que las organizaciones de autoayuda (las cuales ofrecen intervenciones en modalidad grupal), son el recurso más frecuente de atención que tienen los usuarios que consumen sustancias, sin embargo, una inquietud que ocupa a los mecanismos reguladores de atención en esta área es el hecho de que los consejeros no siempre utilizan metodología basada en la evidencia, lo cual es un plus que puede encontrarse en las intervenciones breves grupales profesionalizantes (Humphreys et al., 2004). Por lo anterior, surge la necesidad de desarrollar intervenciones breves e intensivas grupales basadas en manuales, para ofrecer la disponibilidad de tratamientos basados en la evidencia (Steenbarger & Budman, 1996). Específicamente, el desarrollo de intervenciones grupales fundamentadas en una aproximación motivacional, es un paso importante para

brindar opciones de tratamiento efectivo a poblaciones en riesgo (D'Amico, et al., 2010; Shimiege, et al., 2009).

Ahora bien, por lo que respecta a promover la efectividad del tratamiento, como se mencionó con anterioridad, existen variables que tienen que ver directamente con el terapeuta. Es necesario un entrenamiento previo en manejo grupal (Weiss et al., 2005), debido a que es labor del terapeuta brindar reforzamiento positivo a conductas adaptativas y promover la retroalimentación por parte de los miembros. Por otro lado, el terapeuta debe balancear la atención para todos los participantes, promover el diálogo entre los miembros y la expresión de emociones asociadas a la problemática en cuestión, promoviendo la identificación de similitudes entre los miembros (Bieling et al., 2006).

Finalmente, dentro de las recomendaciones para maximizar el progreso terapéutico grupal, se encuentran el mantener la heterogeneidad del grupo y la existencia de manuales que describan de forma clara los procedimientos de la intervención grupal (Burlison et al., 2006; Weiss et al., 2005; Norton & Barrera, 2012).

En lo que va del capítulo anterior y este capítulo, se ha abordado la efectividad y ventajas que tienen las intervenciones breves en sus formatos individual y grupal. A continuación, se realizará una comparación de ambos formatos en la atención de personas que consumen sustancias psicoactivas, en términos de la efectividad entendida como la disminución del consumo y la promoción de estilos de vida saludable, además de los costos de implementación de cada una de las modalidades.

Como se mencionó con anterioridad, la literatura internacional señala que las intervenciones para usuarios que consumen sustancias se ofrecen tanto en los formatos individual como grupal, sin embargo, la gran mayoría de las intervenciones se dan en

contexto grupal, específicamente los programas de tratamiento basados en la comunidad (Burleson et al., 2006; Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2006). Se ha encontrado que la terapia grupal es en general una modalidad extremadamente costo efectiva, razón por la cual alrededor del mundo se ha incorporado como estrategia de intervención para consumidores de sustancias, convirtiéndose en una oferta razonable para esta población (Smock et al., 2008; Weiss et al., 2004).

Con base en la creciente cantidad de personas que consumen alcohol y que acuden a recibir atención, con la finalidad de brindar atención oportuna, surge la necesidad de adaptar intervenciones basadas en la evidencia a partir de las diferentes características de las diversas poblaciones (Bieling et al., 2006; Greenfield et al., 2007).

Existen diversos estudios donde se ha comparado la efectividad de las intervenciones en sus formatos individual y grupal, de donde se desprende información relevante (Greenfield et al., 2007; Hedman et al., 2011; Hofmann & Suvak, 2006; Sobell, Sobell & Agrawal 2009; Weiss et al, 2004; Weiss et al., 2007).

Por ejemplo, en una revisión sistemática realizada por Weiss y su grupo de investigadores (2004), que contempló 24 investigaciones que compararon los resultados de tratamiento en modalidad grupal con diferentes condiciones de tratamiento, en usuarios que consumen sustancias, se encontró que no se reportan diferencias entre las modalidades grupal e individual en términos de la disminución de consumo. Esta revisión encontró que algunas de las investigaciones comparaban ambos formatos, en las cuales se observó que no se encontraron diferencias significativas en ambas modalidades. Algunas otras de las investigaciones incluidas en esta revisión, compararon dos tratamientos grupales con diferente contenido, las cuales concluyen que no se encuentra soporte que sustente la idea de que un tipo particular de intervención es más efectiva que otra. Resultados similares se

observaron en investigaciones donde se comparan intervenciones grupales con diferencias en la intensidad del tratamiento entendida como la cantidad de horas a la semana que recibían la intervención. De los resultados anteriores, se desprenden tres importantes conclusiones. En primer lugar, sumar alguna intervención grupal especializada a un tratamiento tradicional, puede promover la efectividad del mismo. Segundo, no se han encontrado diferencias entre los formatos individual y grupal en cuanto al resultado del tratamiento. Tercero, se han encontrado pocas diferencias entre los tipos de terapia grupal, sin encontrarse superioridad en algún tipo de intervención grupal.

Sobell, Sobell y Agrawal (2009), compararon la efectividad del Modelo de Auto Cambio Dirigido (ACD) en modalidad grupal versus individual en una muestra de 212 usuarios que consumían alcohol y 52 usuarios de drogas. Los resultados encontrados muestran una reducción significativa en el consumo, en ambos formatos, sin encontrarse diferencias significativas en los mismos durante el tratamiento y seguimiento al año. En lo referente al costo, se encontró que el formato grupal implica un 44.1% menos tiempo-terapeuta que en el formato individual. Los autores concluyen que la intervención de ACD en su modalidad individual fue adaptado de manera satisfactoria a un formato grupal.

Por otro lado, también se han realizado algunas investigaciones con la finalidad de comparar una intervención grupal con consejería. Tal es el caso de un estudio donde se comparó una intervención grupal basada en un modelo cognitivo conductual de prevención recaídas con una consejería focalizada en el consumo de sustancias, para usuarios de consumo de sustancias con comorbilidad de trastorno bipolar, consistentes ambas en 20 semanas de intervención. Se utilizó un diseño de ensayo clínico para comparar ambas intervenciones en sesenta y dos usuarios con trastorno bipolar con consumo de sustancias. Los resultados encontraron que los usuarios que recibieron un tratamiento grupal

presentaron menos días de consumo de sustancias durante el tratamiento y el seguimiento. En el caso de la presencia de episodios afectivos, se encontraron resultados similares para ambas condiciones durante el tratamiento y el seguimiento. Con lo anterior se concluyó la terapia grupal es efectiva para tratar a usuarios que consumen sustancias y que presentan comorbilidad psiquiátrica. Por otro lado, los autores refieren que la inclusión de usuarios con diferente tipo de consumo en la investigación incrementa la generalización de sus resultados (Weiss, et al., 2007).

En otra investigación donde compararon dos modalidades terapéuticas para consumo de sustancias en mujeres en un ensayo clínico, el objetivo principal del estudio fue probar un Tratamiento Grupal en Mujeres (TGM) el cual se basa en un modelo de prevención de recaídas, para lo cual, se utilizó un tratamiento grupal de Consejo Breve para Consumo de Drogas (CCD) como grupo control, el cual se caracteriza por ser un modelo psicoeducativo. En la investigación, se pilotaron tres grupos de TGM en 23 mujeres que consumían drogas las cuales fueron asignadas al grupo control o experimental de manera aleatoria. Ambas condiciones consistieron en doce sesiones de tratamiento grupal de 90 minutos. Se tomaron mediciones tanto del consumo de sustancias como de la satisfacción de las usuarias al inicio, durante y después del tratamiento. La investigación encontró que no existen diferencias significativas en la reducción de consumo de sustancias durante el tratamiento, es decir que ambas son efectivas para lograrlo. Sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses, se encontró que existe una tendencia significativa a continuar reduciendo el consumo en el caso de TGM. Estos resultados sugieren que la terapia grupal es más efectiva en reducir el consumo en comparación con la simple psicoeducación. En el caso de la satisfacción del usuario, se encontró que ésta fue mayor en el caso de TGM, con lo cual

se concluye que las usuarias se encontraban más satisfechas con haber recibido la terapia grupal que con la consejería breve (Greenfield, Trucco, et al., 2007).

A partir de los estudios referidos con anterioridad, se puede concluir que intervenciones en formato grupal basadas en procedimientos derivados de los principios básicos de la conducta, son efectivas en reducir el consumo de sustancias (Weiss et. al, 2007).

Se han llevado a cabo investigaciones donde se comparan los formatos de tratamiento grupal e individual en trastornos diferentes a los derivados del consumo de sustancias tales como ansiedad, depresión, fobia social, transgresión sexual (Hedman et al., 2011; Hofmann & Suvak, 2006; Ware et al., 2009), donde en general, se ha encontrado que ambas modalidades de intervención son efectivas en la disminución de sintomatología y en el incremento en la calidad de vida de los participantes.

Aunque se han revisado diversas investigaciones donde el formato grupal resulta generar resultados similares que los observados en la terapia individual, pero a un costo menor, existen algunos casos donde el resultado es más favorecedor para el formato individual (Mörtberg, Clark, Sundin, & Åberg Wistedt, 2007).

De los resultados anteriores, se desprenden tres importantes conclusiones. En primer lugar, las intervenciones grupales promueven la efectividad del tratamiento tradicional. En segundo lugar, no se han encontrado diferencias entre los formatos individual y grupal en cuanto al resultado del tratamiento. En tercer lugar, se han encontrado pocas diferencias entre los diversos tipos de tratamientos grupales (Weiss, 2004).

Es importante mencionar que el hecho de no encontrar diferencias significativas entre las intervenciones no forzosamente significa equivalencia entre ellas. Los resultados pueden deberse a diferentes factores, la mayoría de ellos relacionados a la falta de poder

estadístico para detectar una diferencia cuando existe, que se ve influenciado por del tamaño de la muestra, tamaño de efecto, intensidad y duración del tratamiento por mencionar algunos factores (Tucker & Oei, 2007; Weiss, 2004).

En los apartados anteriores se ha hablado respecto a la efectividad de los formatos grupal e individual de las IB, sin embargo, como también se mencionó antes, una de las ventajas del formato grupal, es el costo de la intervención. Existen diversas investigaciones que han comparado el costo de las intervenciones individual y grupal. Tucker y Oei (2007), realizaron una revisión de 36 estudios que compararon la efectividad y los costos de los formatos grupal e individual en TCC en diversos trastornos y poblaciones, encontrando que el formato grupal parece ser más efectivo y menos costoso en el tratamiento de algunos padecimientos en comparación con otros tratamientos. Estos autores comentan que dentro de los factores a considerar para calcular el costo, se encuentran el tiempo de preparación de la sesión, los gastos generales y los costos para los usuarios, así como otros posibles gastos para la institución. Cuando se comparó la efectividad de las intervenciones evaluadas, se encontró que el sesenta y uno por ciento de los artículos revisados, encontraron una efectividad similar en ambos formatos, mientras que el treinta y cinco por ciento, encontró que la modalidad individual era superior a la grupal y sólo uno de los casos encontró que la modalidad grupal resultó superior a la individual. En los resultados de los estudios revisados, se encontró que la terapia grupal resulta 48% menos costosa para los usuarios y 38% para los profesionales para la salud en comparación con la individual. Por su parte, los autores refieren que las características económicas por sí solas no son suficientes para determinar la mejor intervención. Las intervenciones menos efectivas, son más costosas debido a que su ineffectividad cuesta tiempo y dinero.

Sin embargo, la poca diferencia entre los formatos grupal e individual, sugiere que ambas intervenciones pueden ser igual de efectivas cuando el contenido, intensidad y duración del tratamiento son equivalentes. Debido a que el costo es menor en el caso de la terapia grupal, los resultados parecen ser un resultado prometedor para esta modalidad, lo cual puede justificar el uso tan común que se le da a este tipo de modalidad para atender el consumo de sustancias (Weiss, et al., 2004).

El hecho de que tanto la modalidad individual como la grupal han demostrado su efectividad, sugiere que fomentar la aplicación de ambos formatos, es una vía para incrementar la oferta de tratamientos para diversos padecimientos para la población (Hedman, et al., 2011).

Ahora bien, independientemente de que una modalidad sea mejor que otra, es importante considerar que no todas las intervenciones son efectivas para todos, algunos usuarios pueden responder más positivamente a alguna de las dos modalidades en cierto momento o en ciertos contextos (Ware, et al., 2009).

Finalmente, a manera de resumen, se pueden enumerar, con base en las investigaciones anteriores, algunas de las ventajas de cada modalidad de tratamiento. Dentro de los beneficios de la terapia grupal se encuentran que juega un rol importante en la eficacia percibida por los miembros del grupo, se puede atender a múltiples usuarios simultáneamente (Sobell & Sobell, 2011), la reducción de lista de espera, además de los efectos de la cohesión y proceso grupal, imitación de conductas, aprendizaje social, que los usuarios funjan como agentes del cambio, brindando apoyo a los miembros, además de que los usuarios tienen la oportunidad de reconocer experiencias comunes entre los miembros del grupo (Tucker & Oei, 2007), el uso de la dinámica grupal y la promoción del cambio conductual por parte de los miembros (Smock et al., 2008). En el caso de la modalidad



individual, se encuentran ventajas tales como brindar tratamientos más personalizados, en base a las necesidades de los usuarios, otorgando mayor tiempo y atención a una sola persona (Tucker & Oei, 2007).

Por todo lo anterior, dado el incremento en la cantidad de casos que requieren atención por consumo de alcohol en los últimos años en México, aunado a los bajos recursos económicos de las instituciones son insuficientes para atender a todos los usuarios que consumen, surge la necesidad de realizar más investigación en el tema para desarrollar programas que den respuesta a la creciente necesidad del país. Y precisamente, las intervenciones breves, de las cuales existe suficiente evidencia respecto a su efectividad, en combinación con la terapia grupal, pintan para ser una respuesta efectiva a esta problemática.

Por todo lo comentado en los capítulos anteriores, el objetivo de esta investigación es realizar una comparación de la efectividad y el costo de las modalidades individual y grupal de una intervención breve para consumidores de alcohol en población universitaria.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo conformada por un total de 10 participantes (8 hombres y 2 mujeres) consumidores de alcohol, con un rango de edad de 18 a 29 años, con una puntuación de 10 a 30 puntos en el instrumento de tamizaje ASSIST (OMS, 2010) para alcohol, o de 4 a 27 puntos para drogas, puntuaciones con base en los puntajes de este instrumento corresponden a proporcionar una intervención breve por un consumo de alto riesgo o nocivo. Los participantes acudieron voluntariamente a un centro de prevención y atención de adicciones perteneciente a una universidad pública, habiendo referido problemas asociados a su consumo de alcohol, que accedieron a participar en la investigación recibiendo una intervención ya sea en formato individual (n=6) o grupal (n=4). Dada la dificultad de reunir a una cantidad determinada de usuarios al mismo tiempo, la asignación de los participantes a las condiciones fue realizada por conveniencia, según el momento en el que solicitaron el servicio. En la Tabla 1 se muestra la edad, el puntaje obtenido en el instrumento ASSIST y la cantidad de años de haber iniciado su consumo de alcohol, mientras que en la Tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los participantes en ambas condiciones y las características del consumo.

Tabla 1  
*Edad, puntuación en instrumento ASSIST y años de consumo de los participantes en ambas condiciones.*

		Individual		Grupal	
		n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$
Edad	Masculino	5	25.2	3	26
	Femenino	1	24	1	18
Puntaje ASSIST	Masculino	5	30.4	3	13
	Femenino	1	28	1	20
Años de consumo	Masculino	5	10.8	3	9
	Femenino	1	7	1	2

Tabla 2  
*Características sociodemográficas de los usuarios al momento de la evaluación según la condición a la que fueron asignados.*

		Individual		Grupal	
		n	%	n	%
Sexo					
	Masculino	5	83.30%	3	75%
	Femenino	1	16.70%	1	25%
Estado Civil					
	Soltero	5	83.30%	4	100%
	Divorciado	1	16.70%	0	0%
Nivel Académico					
	Preparatoria	2	33.30%	0	0%
	Licenciatura	4	66.70%	3	75%
	Posgrado	0	0.00%	1	25%
Ocupación Actual					
	Estudiante	2	33.30%	3	75%
	Estudiante y Empleado	1	16.70%	1	25%
	Empleado	2	33.30%	0	0%
	Desempleado	1	16.70%	0	0%
Principal Razón para Dejar el Consumo					
	Salud	1	16.70%	1	25%
	Familia	2	33%	0	0%
	Estudio	1	16.70%	2	50%
	Pareja	2	33.33%	1	25%
Bebida de Preferencia					
	Cerveza	2	33.33%	3	75%
	Vino	1	16.70%	0	0%
	Destilados	3	50%	1	25%

## **Instrumentos**

Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST 3.1 por sus siglas en inglés). Es una prueba a lápiz y papel, que requiere la aplicación del profesional de la salud, dirigido a personas con riesgo de consumo de sustancias. Consta de ocho preguntas, para llenarse aproximadamente entre 5 y 30 minutos. Su objetivo es detectar el consumo de sustancias psicoactivas. Esta prueba cuenta con un Alfa de

Cronbach de 0.76 para alcohol (OMS, 2010; Tiburcio, Rosete-Maedano, Natera, Martínez, Carreño, & Pérez, 2016).

Autorregistro de Alcohol y Drogas. Es un formato a lápiz y papel autoaplicable, desarrollado para esta investigación, que permite el registro diario del consumo de alcohol y otras drogas, así como la identificación de disparadores del consumo..

Línea Base Retrospectiva (LIBARE) a 6 meses. Es un instrumento a lápiz y papel, para ser aplicado por el profesional de la salud, cuyo objetivo es medir el patrón de consumo de alcohol y otras drogas del usuario en un periodo de 6 meses (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1997; Sobell, et al., 2001).

Entrevista Inicial. Es una entrevista semi-estructurada desarrollada en el modelo de IB para población mexicana, para ser aplicada por el profesional de la salud, que permite la recolección de aspectos personales, familiares, heredofamiliares y de historia de consumo, donde se contemplan las consecuencias asociadas al consumo (Ayala et al., 1997; Echeverría et al., 2004).

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). Es un instrumento a lápiz y papel, de autoadministración, el cual consta de 100 reactivos, que mide situaciones de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, el cual cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.94 (Annis, 1982; Ayala et al., 1997; Sobell et al, 2001).

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). Es un instrumento a lápiz y papel, de autoadministración, que mide el nivel de autoeficacia percibida para evitar el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el cual consta de 8 reactivos, que abarca ocho situaciones de riesgo al consumo, el cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.925 (Annis, 1988; Ayala, et al., 1997).

Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. El cual es un material desarrollado para la implementación de la IB en población Mexicana. Cuenta con lecturas y ejercicios para cada una de las sesiones del tratamiento (Echeverría et al., 2004).

**Tipo de muestra:** La muestra fue no probabilística obtenida por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión, contemplaron a usuarios con edad mínima de 18 años, con escolaridad mínima de preparatoria, cuyo principal motivo de consulta fuese el consumo de alcohol, que acudieran voluntariamente a solicitar el tratamiento, que en el instrumento de ASSIST obtuvieran un puntaje de 11 a 30 puntos, y que presentaran problemas asociados al consumo de alcohol, pero que dichas consecuencias no fueran irreversibles. Finalmente, que dichos usuarios accedieran a participar en la investigación.

### **Criterios de Exclusión**

Dentro de los criterios de exclusión, se consideró a usuarios cuyo principal motivo de consulta fuera el consumo de dos o más sustancias psicoactivas, que su puntaje en el instrumento ASSIST rebasara los 30 puntos para consumo de alcohol, indicando la necesidad de un tratamiento intensivo o bien, que indicara que requiriera tratamiento por consumo de cualquier otra sustancia psicoactiva, a usuarios que requirieran internamiento o servicio de desintoxicación, que acudieran de forma involuntaria a solicitar el tratamiento, que se negaran a participar en la investigación y finalmente, que presentaran comorbilidad psiquiátrica.

## **Procedimiento**

Se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue obtener mayor conocimiento de las intervenciones breves en diferentes formatos, se pretendió describir las características más importantes de la intervención y los cambios que se observan respecto a la cantidad, frecuencia de consumo y auto eficacia. Fue un diseño pre-experimental con evaluación inicial y final con dos grupos de comparación (usuarios con intervención breve individual y usuarios con intervención breve grupal). Este trabajo se llevó a cabo en cuatro diferentes fases. La primera de ellas consistió en el desarrollo y actualización de los materiales para las sesiones a partir del material propuesto por los autores originales en Estados Unidos (Sobell & Sobell, 2011) y el material desarrollado para población mexicana en formato individual (Echeverría et al., 2004). En esta fase se desarrollaron los manuales para terapeuta: Evaluación, Sesiones de Balance Decisional, Identificar Situaciones de Riesgo, Nuevas Opciones y Planes de Acción y Restablecimiento de Meta. Del mismo modo, se desarrollaron los manuales para el usuario: Sesión 1. Balance Decisional, Sesión 2. Identificar Situaciones de Riesgo, Sesión 3. Nuevas Opciones y Planes de Acción y Sesión 4. Restablecimiento de Meta, además del Autorregistro de Alcohol y Drogas.

En la Fase 2 de esta investigación, se realizó la promoción del programa en los planteles de una universidad pública, por medio de volanteo y un stand en las ferias de la salud promovidas por la misma universidad. Del mismo modo, se utilizaron recursos electrónicos así como el uso de plataformas tales como Facebook® y Twitter® para promocionar el tratamiento, mediante videos testimoniales y con descripciones del tratamiento, los cuales fueron realizados al inicio de esta fase. El objetivo de esta fase fue captar a usuarios consumidores de alcohol.

En la Fase 3, se realizó un piloteo con una muestra elegida por conveniencia consistente en cinco participantes (4 mujeres y 1 hombre) de 18 años de edad, estudiantes de licenciatura, que acudieron a solicitar el servicio por problemas derivados del consumo de alcohol, a los cuales se les ofreció la intervención grupal. En esta fase, se realizaron las actividades descritas en la fase 4, aunque únicamente en el formato grupal. A los usuarios se les realizó una evaluación de forma individual, la aplicación de la IB, y un seguimiento a los seis meses. A partir de la aplicación del piloteo, se realizaron los ajustes convenientes a los manuales y a los materiales de trabajo, así como a la logística del proyecto, en cuanto al tiempo y procedimientos acordes al trabajo grupal.

La Fase 4, consistió en la aplicación del tratamiento de Intervención Breve, el cual consta de un total de 7 sesiones: una sesión de evaluación, una sesión de Balance Decisional, una sesión de Identificación de Situaciones de Riesgo, una sesión de Nuevas Opciones y Planes de Acción, una sesión de Restablecimiento de meta y una sesión de seguimiento a los seis meses.

El primer contacto se realizó vía telefónica o presencial. A cada participante se le asignó una cita con un terapeuta entrenado en el Programa de Intervención Breve para realizar la evaluación en la semana siguiente al primer contacto.

A cada participante, se le realizó una evaluación de forma individual, la cual consistió en la aplicación por parte de un psicólogo entrenado, del instrumento ASSIST, la entrevista inicial y la LIBARE. A los participantes se les entregó el formato de consentimiento de participación al programa. De la misma forma, se les entregaron los instrumentos ISCA y CCS para que los resolvieran en casa y los trajeran a la siguiente sesión, dándoles las instrucciones para el llenado de los mismos.

A los usuarios, los cuales cubrieron con todos los criterios de inclusión, se les invitó a participar en la investigación explicándoles el objetivo de la misma, las características del Programa de Intervención Breve y las características de los formatos de terapia grupal e individual. Debido al rechazo reportado en la literatura para participar en un tratamiento grupal, a todos los usuarios, se les otorgó una explicación de los beneficios de la terapia grupal, para motivarlos a participar en dicha intervención. Se les pidió que firmaran un formato de Plan de Tratamiento, con el objetivo de que los participantes manifestaran su conformidad con el programa, el cual incluía los componentes de la Intervención Breve y en el caso de que el terapeuta lo considerara pertinente, en base a la evaluación, la sugerencia de sesiones adicionales para tratar temas no contemplados en el programa.

A los usuarios que accedieron a participar en el estudio, independientemente de la modalidad, se les hizo entrega de los formatos del Manual del usuario Sesión 1. Balance Decisional, el cual se les pidió revisaran en casa y que resolvieran los ejercicios, explicándoles la funcionalidad de los mismos.

“Te voy a hacer entrega del material que revisaremos la siguiente semana. Te pido que te lo llesves a casa para que lo revises en la semana y realices los ejercicios que siguen a las lecturas, para que los traigas contestados a la próxima sesión, donde los revisaremos. Es importante que consideres que cuando las personas trabajan a lo largo de la semana en temas asociados a lo revisado en la sesión, obtienen mejores resultados en el tratamiento. Por eso te pido que lo realices y lo traigas a la siguiente sesión”.

Del mismo modo, se hizo entrega del formato de Autorregistro de Alcohol y Drogas a los usuarios en la sesión de evaluación y se les explicó la funcionalidad del mismo y la forma de llenarlo.



Posterior a la evaluación se asignó a los participantes a cualquiera de las dos condiciones, individual o grupal, lo cual se realizó por conveniencia a partir del número de usuarios que solicitaron participar en el proyecto en el momento particular en que se llevó a cabo la aplicación. Se asignaron a 6 participantes a la condición individual y a 4 a la condición grupal.

Las siguientes sesiones se llevaron a cabo de forma individual y grupal, según la condición en la fueron asignados los usuarios. Las sesiones individuales tuvieron una duración de 60 minutos, mientras que las grupales, fueron de una duración de 90 minutos. En todas las sesiones en todos los casos, los terapeutas hicieron uso de un estilo motivacional para dirigir la sesión (Miller & Rollnick, 1999). En el caso de la condición grupal, también se hizo uso del diálogo socrático para promover la participación de todos los integrantes del grupo.

El procedimiento en cualquiera de los dos casos, fue el siguiente, con las variantes que pudiera haber en cada formato.

En la sesión de Balance Decisional, el terapeuta realizó en todos los casos el siguiente procedimiento: rapport con el usuario con una duración aproximada de tres minutos, la recolección de los instrumentos ISCA y CCS para su posterior calificación fuera de la sesión, revisión del Autorregistro de Alcohol y Drogas, la retroalimentación de los resultados obtenidos en la sesión de evaluación, como método para promover la motivación al cambio del usuario, revisión de la Lectura 1 Balance Decisional, siguiendo el procedimiento que marca el Manual del Terapeuta, y revisión del Ejercicio 1 Balance Decisional. Posteriormente, el establecimiento de una meta de tratamiento con el usuario, la cual podía ser abstinencia o moderación. Para finalizar, la entrega del material para la

siguiente sesión, explicando su objetivo y la forma de llenarlo. Cierre y conclusiones de la sesión.

Únicamente en el caso de la condición grupal, se anexó a dicho procedimiento la revisión de las razones para acudir a tratamiento de cada uno de los participantes y la revisión de las reglas del grupo, con el fin de describir las conductas esperadas por parte de todos los miembros del grupo a lo largo de la intervención.

En la sesión 2, Identificar Situaciones de Riesgo, se llevó a cabo en todos los casos el siguiente procedimiento: rapport con el usuario, revisión del autorregistro, entrega y retroalimentación del Perfil de Autoeficacia y Situaciones de Riesgo, (realizado por el terapeuta a partir de los instrumentos del ISCA y CCS previo a esta sesión), revisión de la Lectura 2 Identificar Situaciones de Riesgo y revisión del ejercicio 2, mediante el procedimiento de análisis funcional de la conducta, entrega del material de la siguiente sesión. Por último se realizó el cierre y conclusiones de la sesión.

En la Sesión 3. Nuevas Opciones y Planes de Acción, se llevó a cabo en todos los casos el siguiente procedimiento: rapport al inicio de la sesión, recolección del instrumento CCS, revisión del autorregistro, revisión del Ejercicio Nuevas Opciones y Planes de Acción mediante el procedimiento de solución de problemas, tal cual lo describe el Manual del Terapeuta. A continuación, se realizó la entrega del autorregistro para la siguiente sesión y el Formato de Solicitud de Sesiones Adicionales contenido en el Manual del Usuario Sesión 4. Finalmente, se realizó el cierre y conclusiones de la sesión.

En la Sesión 4. Restablecimiento de Meta, el terapeuta realizó el siguiente procedimiento en todos los casos: rapport, revisión del autorregistro, revisión de las estrategias desarrolladas en la sesión anterior, revisión de los avances a lo largo del tratamiento mediante una gráfica de consumo, el restablecimiento de meta, revisión de

perfil de Autoeficacia, cierre y conclusiones del tratamiento y concertación de cita para seguimiento.

A todos los participantes se les informó de la realización una cita de seguimiento en formato individual al mes y a los 6 meses para poder observar los avances del usuario en el transcurso del tiempo, además de una cita con un colateral para corroborar los avances del usuario. Cabe señalar que debido al momento en que fue realizado el tratamiento en el formato grupal, aun no se ha realizado el levantamiento de los datos de la sesión de seguimiento a los 6 meses.

Posteriormente se realizó una base de datos con la información de la evaluación y el tratamiento de todos los participantes, considerando las características sociodemográficas, de consumo y aspectos asociados al mismo tales como las consecuencias, previos y posteriores al tratamiento, para poder realizar el análisis de los datos utilizando el programa IBM SPSS® Statistics versión 21. Los resultados presentados a continuación, corresponden a las fases tres y cuatro.

## **Resultados**

Este estudio tuvo la finalidad de evaluar una intervención breve para bebedores excesivos, la cual ha mostrado su efectividad en formato individual en México, y comparar los resultados al aplicar la misma IB, en el formato grupal.

A continuación se describen los resultados encontrados en esta investigación en el siguiente orden. Primero se presentarán los resultados del piloteo de la IB grupal, junto con las características de la muestra y los resultados obtenidos. Y en seguida se presentarán los resultados de la comparación de la IB individual y grupal junto con las características de las dos muestras y los resultados obtenidos.

**Resultados del piloteo de la IB grupal. Características de la muestra y resultados obtenidos.** Los resultados se encuentran descritos en términos de características del consumo y consecuencias asociadas al mismo. En primer término, el promedio del puntaje obtenido por los participantes en el instrumento ASSIST para las mujeres fue de 26.5 y para los hombres de 28.

Posteriormente, se describen las características del consumo, las cuales se recabaron mediante la LIBARE y el autorregistro. En la Figura 1, se muestra el promedio de unidades de bebida estándar consumidos por ocasión antes y después del tratamiento grupal. Se puede apreciar cómo es que la cantidad de alcohol consumida disminuyó luego de la intervención grupal. De la misma forma, en la Figura 2, se muestra la frecuencia de consumo de los usuarios previo al tratamiento y al finalizar, se observa que hubo una disminución en la frecuencia en que los usuarios consumían de 2 a 3 veces a la semana a dos a tres veces al mes.

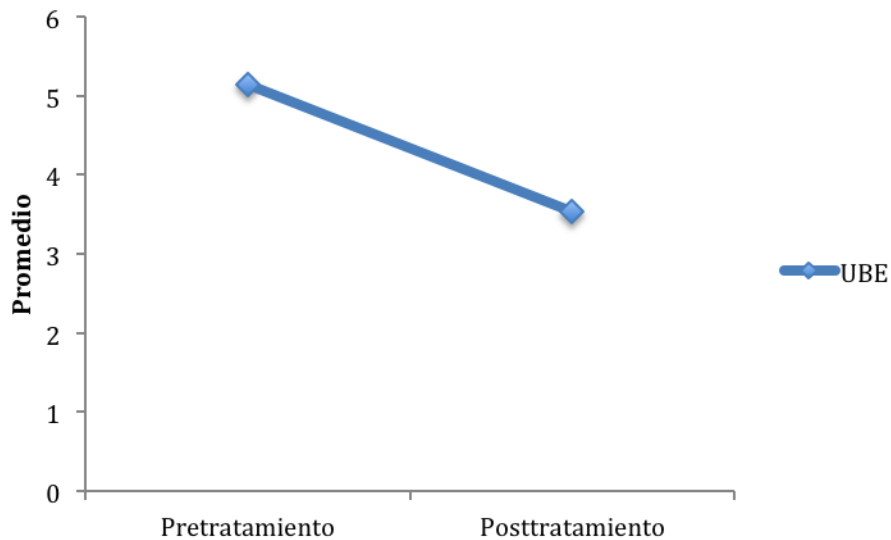


Figura 1. Promedio de unidades de bebida estándar (UBE) consumidas por ocasión por los participantes del piloteo previo y posterior a la IB.

Por otro lado, se puede apreciar el tipo de consumo representado en términos del porcentaje de ocurrencia, el cual fue catalogado como bajo riesgo, alto riesgo y nocivo. Se puede apreciar cómo es que hubo un incremento en el consumo de bajo riesgo (menos de 4 UBE por ocasión), y una disminución en los consumos de alto riesgo y nocivo. La figura 3 ilustra estos resultados.

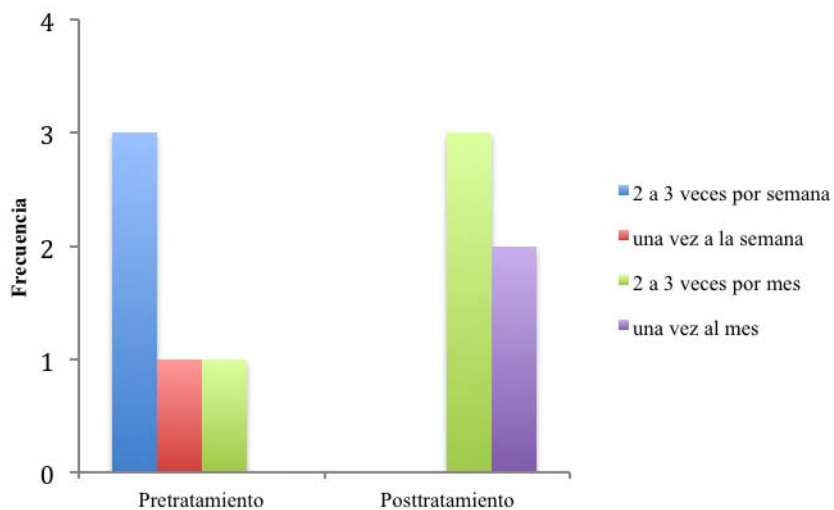


Figura 2. Frecuencia de consumo de alcohol previo y posterior al tratamiento de los participantes del piloteo.

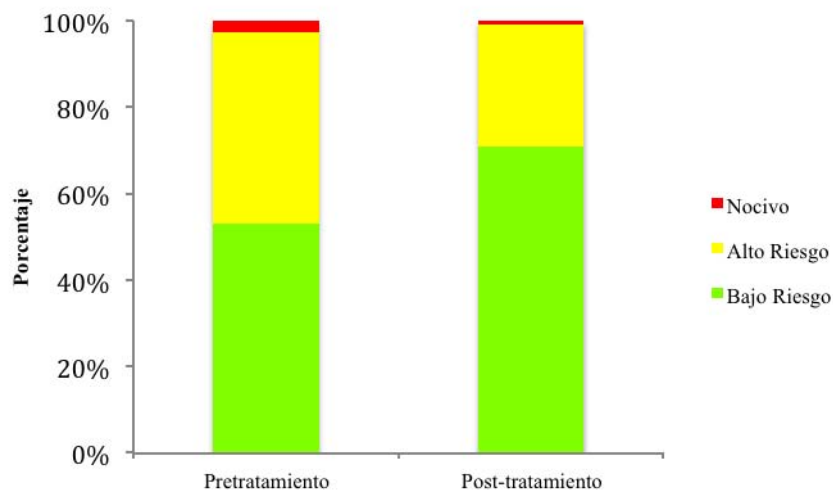


Figura 3. Tipo de consumo, entendido como el porcentaje de ocasiones que los participantes del piloteo consumieron de forma de bajo riesgo, problema o excesivo antes y después de la IB grupal.

Los resultados mostrados anteriormente, ilustran una reducción del consumo después de haber recibido la IB grupal, en cantidad, frecuencia y por consecuencia en el tipo de consumo. Con estos datos, se puede apreciar cómo es que los usuarios se presentaban un consumo de alto riesgo antes del tratamiento, lo cual se aprecia con las puntuaciones de la pre-evaluación del instrumento ASSIST, la cantidad de UBE consumidas por ocasión y la frecuencia de consumo, las cuales implican un riesgo alto y la necesidad de proporcionar una IB.

Ahora bien, la elección de la meta de consumo de todo el grupo en un inicio, fue llegar a un consumo de bajo riesgo, meta que se mantuvo hasta el final del tratamiento. Finalmente, al analizar los resultados del CCS, se observó un incremento en la autoeficacia percibida de los usuarios al final de la intervención. Los resultados de dicho instrumento antes y después del tratamiento se ilustran en la Figura 4. Puede observarse cómo es que las principales situaciones donde los usuarios perciben una baja autoeficacia es en Emociones Agradables, Presión Social y Momentos Agradables con Otros. Mientras que las situaciones donde perciben una alta autoeficacia son malestar físico, necesidad física,

emociones desagradables y conflicto con otros. En todos los casos, hubo un incremento en el nivel de autoeficacia, siendo mayor en el caso de emociones agradables y momentos agradables con otros.

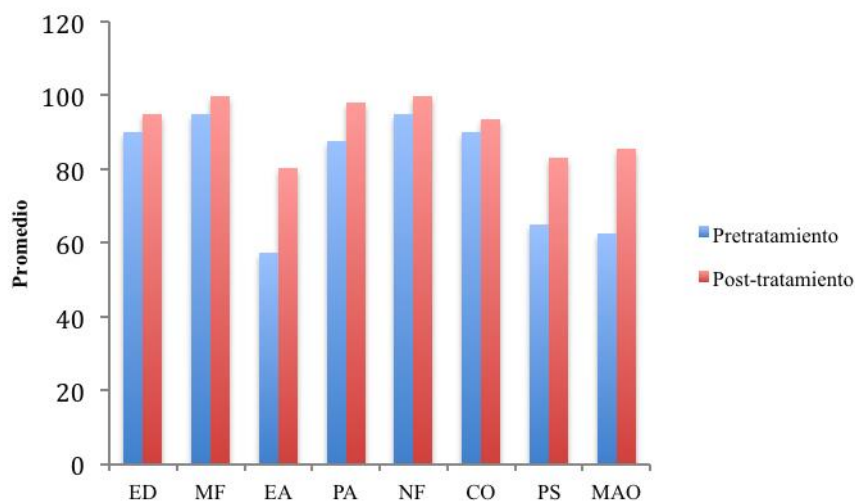


Figura 4. Puntajes obtenidos por los participantes del piloteo antes y después de la IB grupal en el instrumento CCS, el cual plantea ocho diferentes situaciones de riesgo al consumo: emociones desagradables (ED), malestar físico (MF), emociones agradables (EA), probando autocontrol (PA), necesidad física (NF), conflicto con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MAO).

Una vez terminado el piloteo y ajustados los materiales y procedimientos de la IB grupal, se procedió a aplicar la IB en ambos formatos y se compararon los resultados obtenidos por los participantes de ambas condiciones, los cuales se describen a continuación.

**Comparación de la IB individual y grupal. Características de las dos muestras y resultados obtenidos.** En primer lugar, se describen algunos aspectos asociados al consumo tales como los años de inicio de consumo, el tipo de bebida de elección, descripción del consumo, importancia de modificar su conducta de consumo. Posteriormente, se describe el patrón de consumo de alcohol, incluyendo la cantidad, frecuencia y tipo de consumo. Finalmente, se abordan otras variables asociadas al consumo de alcohol antes y después de la intervención. Los datos mostrados a continuación, fueron

analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics ® Versión 21.0, utilizando las pruebas estadísticas de  $t$  de Student para variables de tipo intervalar o de razón, U de Mann Withney para las variables de tipo ordinal y Chi cuadrada para variables de tipo nominal.

Como primer punto, en la Figura 5, se ilustra la descripción que hacen los participantes de su consumo o en otras palabras, el grado de severidad que le atribuyen. Nótese cómo es que en el caso de la condición individual, los usuarios consideran su consumo más problemático en comparación con los participantes de la condición grupal. Cuando se analizaron estos datos mediante la prueba estadística de U de Mann Whitney, se encontró que la condición individual considera más problemático su consumo en comparación con la condición grupal, siendo este resultado estadísticamente significativo ( $z=-2.657$ ,  $p<0.05$ ).

Para continuar, en la Figura 6, se detalla la importancia que los participantes le otorgan a modificar su consumo. Se puede apreciar cómo en ambas condiciones, los resultados van de importante a muy importante, sin ser significativas las diferencias entre ambas condiciones al realizar los análisis estadísticos correspondientes.



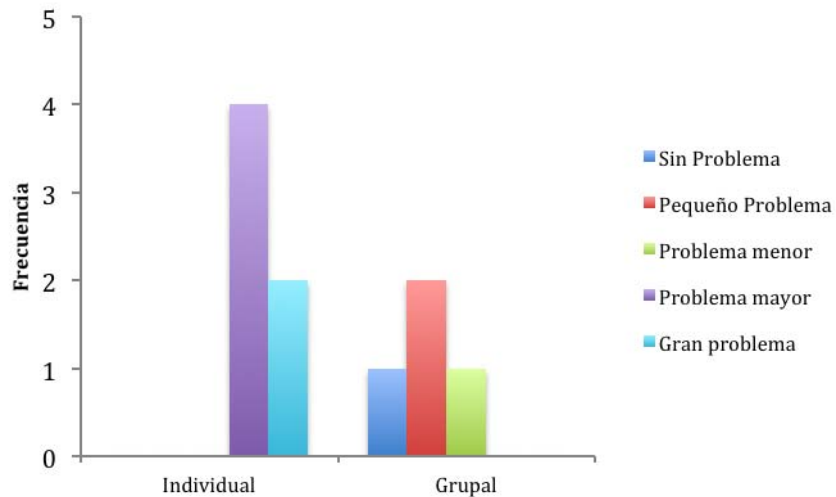


Figura 5. Grado de severidad de su consumo percibida por los participantes de ambas condiciones al inicio de la IB.

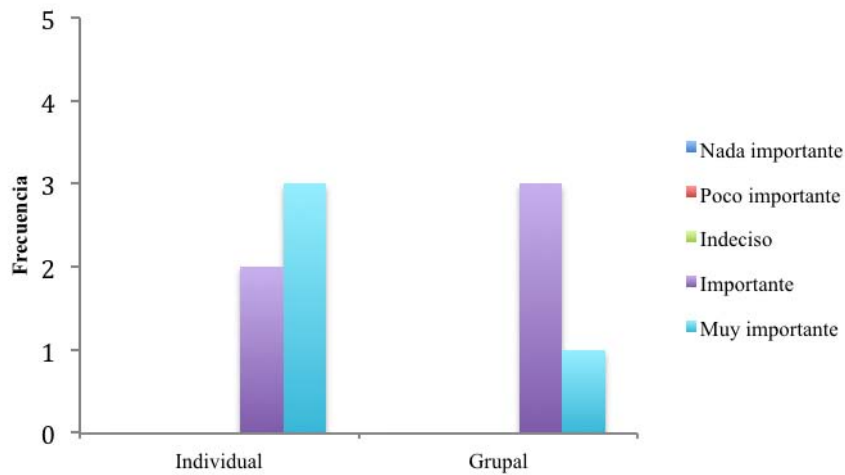


Figura 6. Importancia que le dan los participantes de ambas condiciones al cambio de su conducta de consumo en términos de frecuencia

En la Figura 7, se muestra el nivel de satisfacción con el estilo de vida que refirieron los participantes de ambas condiciones al inicio de la IB. Se puede apreciar cómo es que una cantidad de los participantes de la condición individual percibían sentirse más satisfechos que los de la condición grupal, sin embargo, estas diferencias tampoco son significativas.

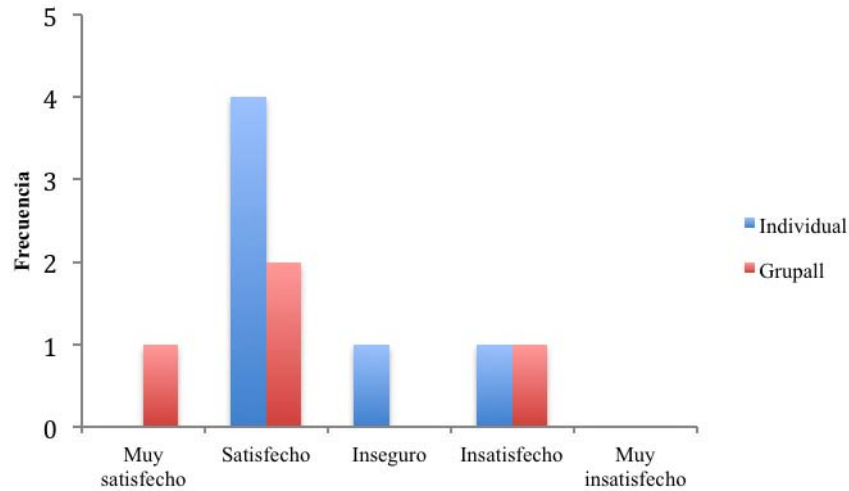


Figura 7. Nivel de satisfacción con el estilo de vida de los participantes de ambas condiciones al inicio de la IB en términos de frecuencia.

Ahora bien, en lo que se refiere a la principal razón para modificar el consumo, se puede observar cómo es que en el caso de la condición individual, la familia y la pareja representan las principales causas para modificar su conducta, mientras que en el caso de la intervención grupal, el principal motivador está asociado con la escuela, sin embargo, estos resultados no son significativos. En la Tabla 3, se ilustran estos datos.

Tabla 3  
Principal razón que refirieron los participantes de ambas modalidades para modificar su consumo.

Razón		Individual		Grupal	
		N	%	n	%
Razón	Salud	1	16.7	1	25.0
	Familia	2	33.3	0	0
	Escuela	1	16.7	2	50.0
	Pareja	2	33.3	1	0

Otro instrumento aplicado a los participantes en la evaluación fue el ISCA, del cual se muestran los resultados de ambas condiciones a continuación en la Figura 8. Como se mencionó anteriormente, este instrumento mide ocho diferentes situaciones riesgo para consumir alcohol en exceso. Puede observarse cómo es que en el caso de la condición individual las principales situaciones de consumo fueron emociones agradables, presión

social y momentos agradables con otros. En el caso de la condición grupal, se puede observar cómo es que las principales situaciones de consumo fueron presión social, emociones desagradables y momentos agradables con otros. Las situaciones mencionadas con anterioridad representan los momentos en los que los participantes pierden el control de su consumo y se puede considerar que en ambos grupos las situaciones de riesgo son muy similares y corresponden a consumidores excesivos. Por otro lado, las situaciones con menos puntaje fueron para ambos casos malestar físico y conflicto con otros, lo cual implica que son las condiciones que no representan un riesgo para consumir alcohol. Cuando se analizaron los puntajes mediante la prueba estadística de *t* de student, se encontró que sólo la situación de necesidad física resultó ser estadísticamente mayor en la condición individual ( $t(8)=3.631, p<0.05$ ).

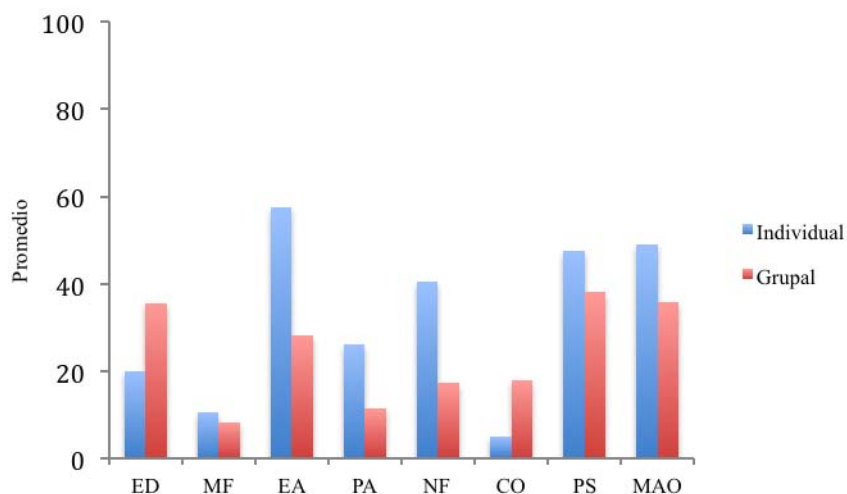


Figura 8. Puntajes obtenidos por los participantes de cada condición al momento de la evaluación en el instrumento ISCA, en las ocho diferentes situaciones que plantea: emociones desagradables (ED), malestar físico (MF), emociones agradables (EA), probando autocontrol (PA), necesidad física (NF), conflicto con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MAO).

Posteriormente, se describe el tipo de meta elegida por los usuarios al inicio y final del tratamiento, es decir, consumo de bajo riesgo o abstinencia. En la Tabla 4, se muestran

los porcentajes de ocurrencia de elección de cada meta antes y después de la IB, en ambos formatos. Nótese cómo es que en el caso del formato individual el tipo de meta más elegido antes y después del tratamiento, fue la abstinencia, mientras que en el formato grupal, la meta más elegida fue el consumo de bajo riesgo, logrando el 100% de los casos al finalizar el tratamiento. Mediante la prueba estadística de chi cuadrada, se analizaron los resultados entre ambos formatos antes y después, encontrándose que no existen diferencias significativas entre ambos.

Tabla 4  
*Porcentaje de elección de meta por parte de los participantes, antes y después de la IB, en ambas condiciones.*

<b>Meta</b>		Individual		Grupal	
		N	%	n	%
Pretratamiento	Abstinencia	5	83.3	2	50
	Bajo Riesgo	1	16.7	2	50
Posttratamiento	Abstinencia	4	67	0	0
	Bajo Riesgo	2	33	4	100

En la Figura 9, se muestra el promedio de la cantidad de unidades de bebida estándar de los participantes de ambas condiciones antes y después de la IB. Se puede observar que en los dos casos existe una reducción de la cantidad de consumo al término de la IB. Se compararon los promedios de consumo antes y después de la intervención entre ambos grupos, encontrándose que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones.

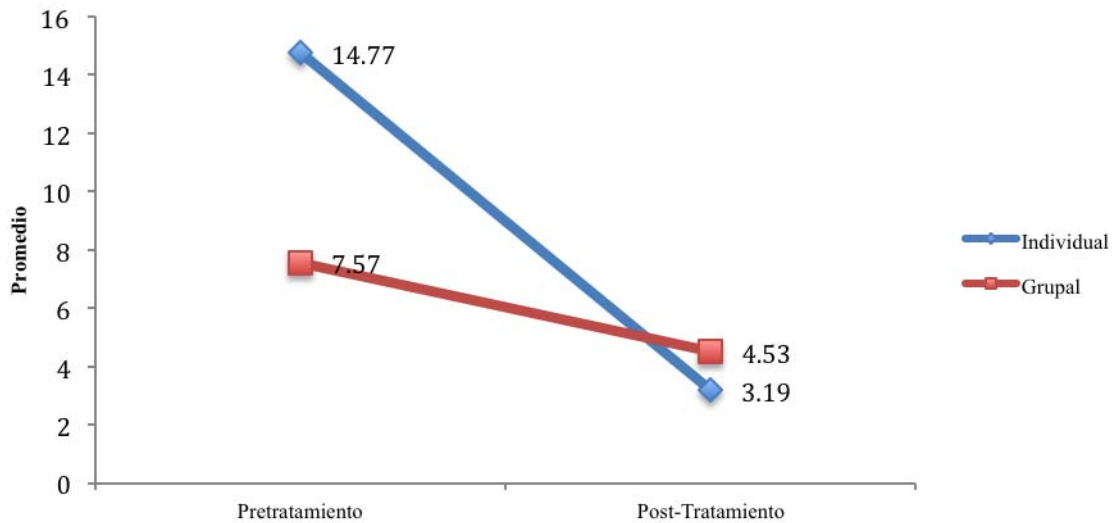


Figura 9. Cantidad promedio de UBE consumidas por los participantes antes y después de la IB (individual y grupal).

En la Tabla 5 se describe la frecuencia de consumo de los participantes de ambas condiciones antes y después de la IB. Se puede observar cómo es que en ambas condiciones disminuyó la frecuencia de consumo de alcohol. En el caso de la modalidad individual, se observa que en algunos casos, los usuarios dejaron de consumir la sustancia por completo. Estos resultados se analizaron mediante la prueba estadística U de Mann Whitney, encontrándose que la frecuencia de consumo previo y posterior al tratamiento entre los grupos, no resulta estadísticamente diferente.

La Tabla 6, muestra la cantidad de consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol. Las categorías son: ninguna, de 1 a 5, 6 o más consecuencias. Se puede observar cómo es que los problemas en el aspecto físico, de agresión y afectivos, son las consecuencias que más se presentan en la condición individual. Mientras que en el caso de la condición grupal, los problemas más mencionados son en el área físico, escolar y afectivo. Cuando se compararon los resultados entre ambos formatos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones grupal e individual.

Tabla 5

*Frecuencia de consumo de alcohol en los participantes en las condiciones individual y grupal antes y después de la IB.*

		Individual		Grupal	
		n	%	n	%
Pre-tratamiento	2 a 3 veces por semana	3	50%	1	25%
	Una vez a la semana	2	33%	2	50%
	2 a 3 veces por mes	1	17%	1	25%
	Una vez al mes	0	0%	0	0%
	Ya no la usa	0	0%	0	0%
Post-tratamiento	2 a 3 veces por semana	0	0%	0	0%
	Una vez a la semana	1	17%	1	25%
	2 a 3 veces por mes	0	0%	3	75%
	Una vez al mes	3	50%	0	0%
	Ya no la usa	2	33%	0	0%

Tabla 6

*Cantidad de consecuencias negativas asociadas al consumo antes del tratamiento en ambas modalidades.*

		Individual		Grupal	
		n	%	n	%
Física	Ninguna	0	0	1	25.0
	5 o menos	2	33.3	1	25.0
	6 o más	4	66.7	2	50.0
Cognitiva	Ninguna	1	16.7	1	25.0
	5 o menos	3	50.0	2	50.0
	6 o más	2	33.3	1	25.0
Agresión	Ninguna	1	16.7	2	50.0
	5 o menos	1	16.7	1	25.0
	6 o más	4	66.7	1	25.0
Legal	Ninguna	5	83.3	3	75.0
	5 o menos	1	16.7	1	25.0
	6 o más	0	0	0	0
Financiera	Ninguna	2	33.3	2	50.0
	5 o menos	3	50.0	2	50.0
	6 o más	1	16.7	0	0
Escolar	Ninguna	1	16.7	1	25.0
	5 o menos	3	50.0	1	25.0
	6 o más	2	33.3	2	50.0
Afectiva	Ninguna	1	16.7	1	25.0
	5 o menos	1	16.7	1	25.0
	6 o más	4	66.7	2	50.0
Interpersonal	Ninguna	0	0	1	25.0
	5 o menos	3	50.0	3	75.0
	6 o más	3	50.0	0	0

Cuando se analizó la forma de consumo (bajo riesgo, alto riesgo o nocivo), se encontró que no existen diferencias significativas entre ambas condiciones en el porcentaje de ocurrencia de tipo de consumo antes y después del tratamiento. Nótese que hubo un incremento en el porcentaje de ocurrencia de la forma de consumo de bajo riesgo, mientras que en ambos casos hubo una reducción de consumo de nocivo. La Figura 10 ilustra estos resultados.

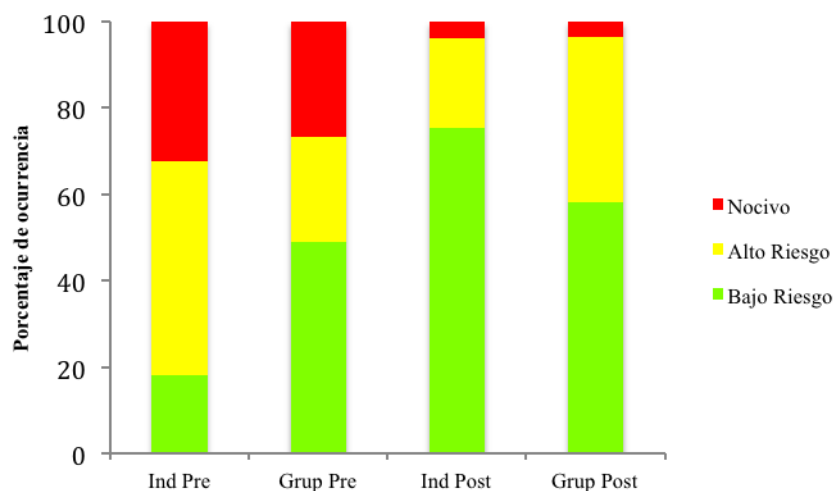


Figura 10. Porcentaje de ocurrencia de tipo de consumo: bajo riesgo, alto riesgo y nocivo, presentado por los participantes de ambas condiciones antes y después de recibir la IB.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el Cuestionario de Confianza Situacional antes y después de la IB, en ambos formatos. Como se describió anteriormente, este instrumento mide el nivel de autoeficacia percibida para resistir el consumo excesivo, en las ocho diferentes situaciones de riesgo que marca la literatura. Los resultados se expresan en términos de cada una de estas situaciones. En la Figura 11, se ilustran estos resultados. Se puede observar que en ambas condiciones, hubo un incremento en el nivel de confianza. En el caso de la condición individual, las situaciones donde hubo un incremento mayor de confianza fueron momentos agradables con otros, emociones desagradables y presión social en ese orden. Mientras que en el caso de la condición grupal,

las situaciones con un incremento mayor fueron presión social, malestar físico, emociones agradables y momentos agradables con otros, en ese orden. Mediante una prueba *t* de student, se analizaron los resultados entre condiciones antes y después de la IB, encontrándose que no difieren los puntajes entre condiciones.

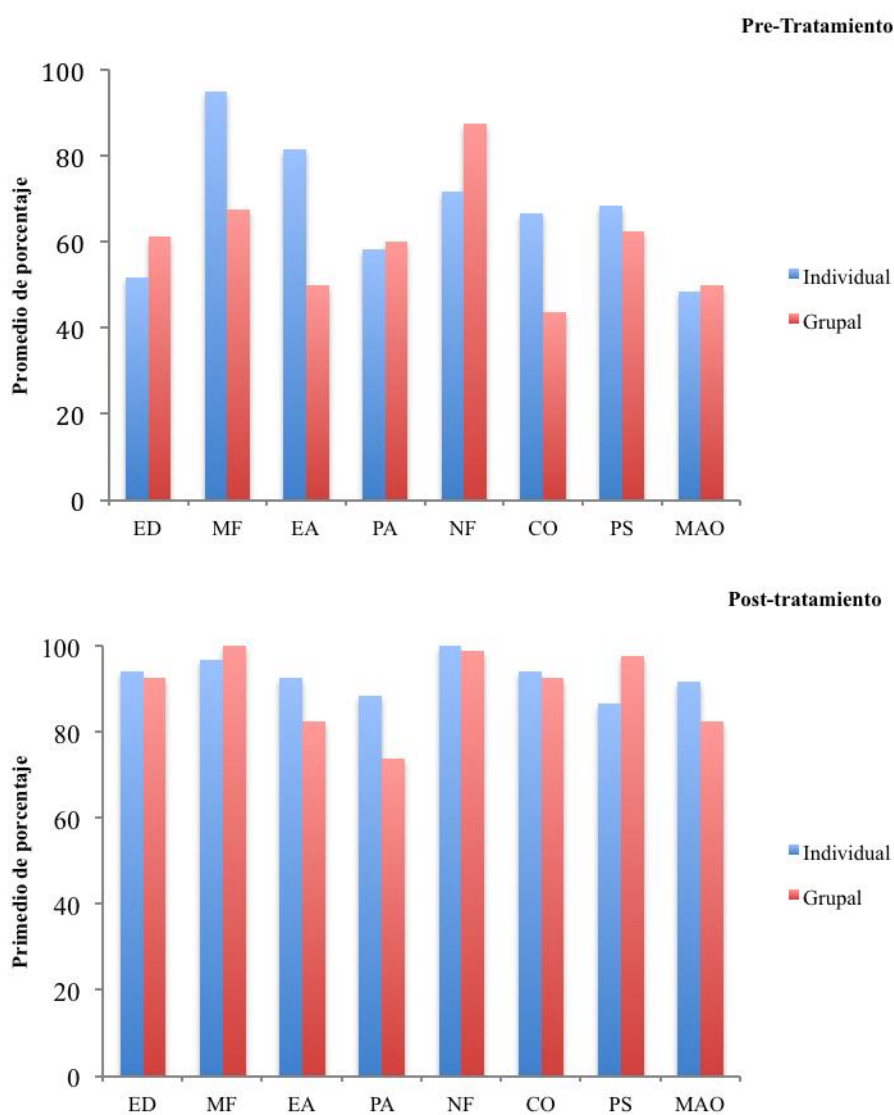


Figura 11. Puntajes del CCS de los participantes de ambas condiciones, antes y después de la IB en ocho situaciones de riesgo al consumo: emociones desagradables (ED), malestar físico (MF), emociones agradables (EA), probando autocontrol (PA), necesidad física (NF), conflicto con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MAO).

Los resultados anteriores son referentes a las características de consumo y aspectos asociados al mismo. Sin embargo, otra de las variables que se comparó, fue la cantidad de



horas terapeuta utilizadas para brindar la IB, en cada una de las dos condiciones. En la Figura 12 se muestra la cantidad de horas terapeuta utilizadas en total para atender a los usuarios en cada modalidad, encontrándose que en el caso de la condición grupal, se utilizaron menos horas terapeuta para atender a los usuarios resultado que es estadísticamente significativo ( $t(5)=5.325, p> 0.05$ ).

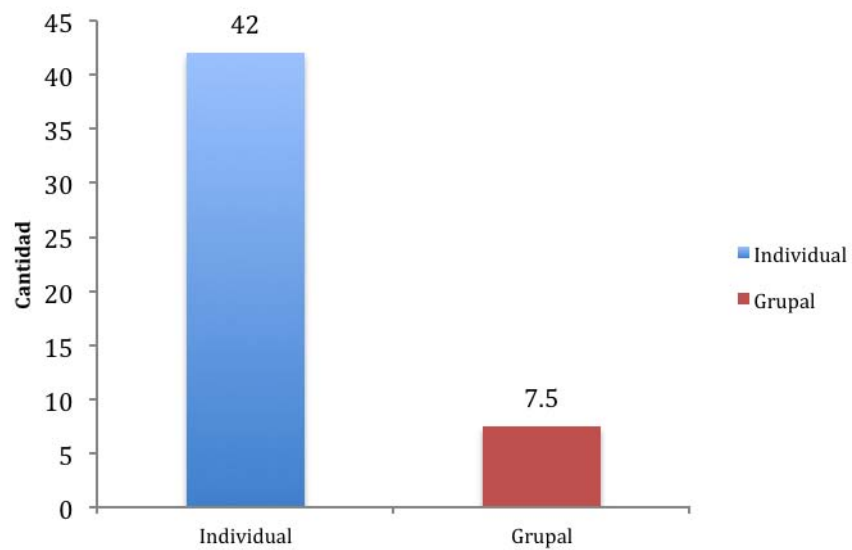


Figura 12. Muestra el total de las horas terapeuta utilizadas para brindar la IB a los participantes en ambos formatos.

## **Discusión y conclusiones**

A lo largo de este trabajo se ha hablado de la necesidad de brindar intervenciones oportunas a la creciente problemática de consumo de alcohol en México. Como se mencionó en los antecedentes, el consumo de alcohol ha ido incrementando a lo largo de los años, observándose un patrón de consumo de tipo excesivo e incrementándose así los riesgos asociados al mismo (Ortiz, et al., 2015; Medina-Mora et al., 2012). Por ello, surge la necesidad de desarrollar estrategias apropiadas a las características de los usuarios que solicitan el servicio, las cuales deben estar al alcance de toda la población (Greenfield, Brooks, et al., 2007; Bieling, et al., 2006).

Específicamente hablando del alcohol, se sabe que es la sustancia de impacto por la que más se acude a tratamiento (Juan et al., 2012) y si se recuerda el hecho de que sólo un porcentaje muy pequeño de la población presenta indicadores de dependencia, se justifica perfectamente la idea de que una gran mayoría de la población que consume puede verse beneficiado por una intervención menos intensiva, tal cual lo son las IB (Sobell & Sobell, 1993; Medina-Mora et al., 2012).

Existe una amplia variedad de intervenciones para las personas que consumen alcohol, sin embargo, los costos de implementación representan una barrera para que estas intervenciones estén a la mano de toda la población, razón por la cual, conviene realizar investigación para identificar las intervenciones que sean efectivas y que impliquen un costo menor (Greenfield, Brooks, et al., 2007; Holas & Suszek, 2016; Humphreys, et al., 2004; Ware, et al., 2009).

Hasta este momento, se han descrito los beneficios de las intervenciones breves en el campo de las adicciones tanto en el formato individual como en el grupal. Como se mencionó anteriormente, las IB en México han demostrado ser efectivas en disminuir o

eliminar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, además de disminuir las consecuencias asociadas al mismo e incrementar el nivel de autoeficacia percibida de los usuarios (Ayala, et al., 1995; Ayala, et al., 1998; Echeverría et al., 2004; Lira, 2009; Martínez et al., 2008). Sin embargo, estas intervenciones están desarrolladas en el formato individual en su mayoría. Como lo marca la literatura, la terapia grupal ofrece beneficios únicos en los usuarios, que no se presentan en la terapia individual (D'Amico, et al., 2010; Sobell & Sobell, 2011, por mencionar algunos), específicamente en la promoción de autoeficacia y en el apoyo brindado por parte de todos los miembros.

El objetivo de este trabajo fue comparar los formatos individual y grupal de una intervención breve para consumidores de alcohol que presentan un consumo de alto riesgo que aún no desarrollan dependencia a la sustancia y que no presentan consecuencias severas asociadas a su consumo. Para lograr dicho objetivo, hubo la necesidad de realizar dos procedimientos diferentes a la aplicación de la IB. En primer término, se realizó la traducción y adaptación de los materiales propuestos para brindar la IB en formato grupal. Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, se ha desarrollado suficiente investigación en población mexicana respecto a las IB en formato individual. Sin embargo, no existen materiales propios para trabajar en formato grupal en México, que consideren los tiempos de implementación del tratamiento con varios usuarios a la vez. Por todo lo anterior, se requirió de traducir los materiales concernientes a la IB grupal que se ha venido aplicando por varios años por los autores originales del modelo (Sobell & Sobell, 2011). Empero, fue necesario adaptar este material a población mexicana, partiendo del trabajo ya realizado con anterioridad (Echeverría, 2004), contemplando las características del proceso grupal que marca la literatura. Cabe señalar que estos materiales aún se encuentran en revisión, razón por la cual, no se incluyen en este trabajo.

En segundo término, se requirió desarrollar una estrategia de publicidad para reunir la muestra. Para tal objetivo, se realizó un trabajo multidisciplinario con especialistas en la materia. Se diseñaron carteles pensados en las características de la población blanco, es decir, estudiantes universitarios que comienzan a presentar problemas asociados al consumo de alcohol. De la misma forma, se desarrolló una serie de material audiovisual, con el objetivo de sensibilizar a la población respecto del consumo excesivo, mismo que fue reproducido y distribuido mediante recursos electrónicos y redes sociales. Es necesario mencionar en este apartado que parte de la estrategia de publicidad, requirió de identificar características propias de la población, intereses y situaciones en las cuales consumen con frecuencia.

En esta etapa, también se realizó la promoción directamente en planteles de una universidad pública, mediante módulos en ferias de la salud y en eventos recreativos. Parte de la experiencia obtenida en esta etapa, fue el descubrimiento de estrategias más efectivas para atraer a los estudiantes asistentes a estos eventos, tales como el tipo de información brindada.

De la misma forma, se llevó a cabo la promoción mediante la impartición de conferencias y pláticas a estudiantes, proporcionando consejería breve. En este proceso, fue indispensable el uso de estrategias de interacción acordes al trabajo con estudiantes universitarios. La investigadora, desarrolló técnicas basadas en la EM y en comunicación social para lograr dicho objetivo.

Cabe mencionar que a lo largo de todo este proceso, se aprovechó el contacto con la población estudiantil para promover conductas saludables, mediante consejería breve. En el campo de lo anecdótico, esta actividad implicó el contacto con poblaciones que se encuentran en riesgo y a la cual se le brindó prevención selectiva y en algunos casos,

indicada, aun cuando en la mayoría de los casos no se brindó una IB. Es deseo de la autora resaltar la importancia de involucrarse activamente con las poblaciones blanco, debido a que en la experiencia, es la mejor forma de retroalimentar el desempeño profesional. Es necesario conocer de una forma activa las características de la población hacia la que van dirigidas las intervenciones, debido a que se trata de elemento humano, con necesidades particulares, para poder brindar estrategias de prevención y tratamiento cuyo principal objetivo sea el bienestar de los usuarios, siempre con actitud ética y humana. Por lo anterior, la experiencia resultó gratificante y enriquecedora.

Ahora bien, en lo que respecta a la aplicación de la intervención, en primer lugar, se abordaron los resultados concernientes a la fase de piloteo. Es importante analizar el tipo de perfil de los participantes al inicio de la intervención. Tal como se pudo observar en los puntajes del instrumento ASSIST, los participantes presentaban un consumo de alto riesgo, lo cual los hizo candidatos a recibir una intervención breve (OMS, 2011; Peterson et al., 2006). Estos datos se corroboran con la cantidad de UBE consumidas por ocasión. Si bien no se trata de un consumo nocivo (11 o más tragos estándar), las cantidades reportadas al inicio de la IB, sí implican un consumo de alto riesgo. De la misma forma, la frecuencia de consumo antes del tratamiento fue de dos a tres veces por semana. Aunado a ello, los usuarios presentaron consecuencias importantes derivadas de su consumo de alcohol, en especial por el hecho de que en todos los casos, fueron referidos por una autoridad de la escuela para recibir una intervención, debido a que fueron descubiertos bajo los efectos del consumo en la institución escolar.

Como se aprecia en los puntajes obtenidos antes del tratamiento en el Cuestionario de Confianza Situacional, las situaciones donde los usuarios sentían menor confianza de negarse a consumir, fueron emociones agradables, presión social y momentos agradables

con otros. A partir de los datos anteriores, se aprecia cómo es que este tipo de perfil de usuario corresponde al de un joven que consume en situaciones sociales, tal cual ocurre en muchos de los casos de los estudiantes de licenciatura de diversas universidades. Este tipo de consumo, es el característico de lo que se conocía con anterioridad como un bebedor problema, es decir, un consumo de alto riesgo que aun no ha generado consecuencias negativas irreversibles asociadas al consumo (Sobell & Sobell, 1993; 2005).

A partir de los resultados referentes al consumo, se puede concluir lo siguiente: la mayor cantidad de las ocasiones que los participantes beben, lo hacen de forma moderada, sin embargo, las ocasiones que beben en exceso, lo hacen de forma explosiva, en cantidades elevadas (Villatoro et al., 2015). Es decir, la mayor parte del tiempo, los usuarios controlan su consumo, estos datos concuerdan con lo mencionado en la literatura, referente a que los usuarios cuentan con estrategias desde antes del tratamiento para consumir de forma moderada o bien, evitar el consumo (Sobell & Sobell, 1993).

Al comparar la cantidad de consumo antes y después de recibir la intervención grupal, es claro que hubo una reducción en la cantidad de consumo, además de que los participantes disminuyeron la frecuencia del mismo, de un consumo de 2 a 3 veces por semana a uno mensual. En lo que se refiere al tipo de consumo, se observa también una disminución en el consumo nocivo y un incremento en el consumo de bajo riesgo. Estos resultados son consistentes con la elección de meta de los usuarios a lo largo del tratamiento, de consumo de bajo riesgo sobre la abstinencia. Es decir, a los participantes no se les exigió que llegaran a una meta de abstinencia, sino más bien, se les dio la oportunidad de elegir su meta en el tratamiento (Ayala, et al., 1995; Sobell & Sobell, 1993; Wagner, et al., 2014;), partiendo de lo manifestado por la literatura respecto a que elegir la meta promueve la adherencia a la misma de parte de los usuarios.

De la misma forma, se puede apreciar, que en concordancia con la literatura, hubo un incremento en el porcentaje de autoeficacia percibida en las situaciones que los participantes puntuaron como menores al inicio de la intervención (Martínez et al., 2008).

Puntualizando, en lo que respecta a los resultados encontrados en la fase del piloteo, es importante resaltar el hecho de que los usuarios acudieron referidos por una institución como consecuencia de su consumo de alcohol. Dichos usuarios presentaban un consumo de alto riesgo, en situaciones de riesgo tales como consumir en instalaciones escolares. Cabe mencionar que en todos los casos, los participantes no se encontraban motivados a realizar un cambio al inicio de la intervención, hecho que dificultó la adherencia al tratamiento (Vasilaki, et al., 2006), sin embargo, hubo una reducción en el consumo. Es decir, pese a que los participantes de la condición de piloteo no se encontraban motivados para recibir una intervención por su consumo de alcohol, la intervención resultó ser efectiva en disminuir el consumo, los resultados concuerdan con la literatura, que menciona que las IB son efectivas incluso para personas que no buscan tratamiento (Peterson, et al., 2006).

En este caso, debido a que se trató de una muestra por conveniencia, no se puede garantizar con certeza que los resultados se deban a la intervención, sin embargo, estos concuerdan con lo que marca la literatura respecto a la efectividad de las IB grupales (D'Amico, et al., 2010; French, et al., 2008; Mörtberg, et al., 2006; Shimiege, et al., 2009; Smock, et al., 2008). Tales resultados, que aunque no generalizables a una población más amplia, sirvieron como estrategia para identificar áreas de oportunidad en el desarrollo del material de trabajo para la aplicación de la siguiente fase. Además de que son resultados alentadores en una intervención tan poco probada.

Ahora bien, por lo que respecta a la comparación de la IB en los formatos individual y grupal, se pueden observar resultados similares al piloteo, con la diferencia de que los

usuarios que participaron en ambas condiciones, se encontraban motivados a modificar su consumo de alcohol.

Cabe señalar que, tal como se muestra en las características de los participantes de ambas modalidades, los usuarios de la condición individual presentaron en general una problemática mayor de su consumo en comparación con los de la condición grupal. Incluso en la descripción que le dan a su consumo, se puede observar que existe una mayor conciencia en el riesgo de su consumo en los usuarios de la condición individual, mientras que en el caso de la grupal sólo considera su consumo como un pequeño problema o menor, siendo estas diferencias, estadísticamente significativas. Este hecho se puede explicar debido a las consecuencias negativas asociadas al consumo. Se puede apreciar que en el caso de la intervención individual, los usuarios reportaron que las consecuencias más importantes son las concernientes a las áreas física, de agresión, daño afectivo e interpersonal, mientras que los de la condición grupal, refirieron física, escolar y daño afectivo. Es decir, las consecuencias suelen ser más serias y recurrentes en el caso de la condición individual. Merece la pena mencionar que en el caso de ambas condiciones, en la mayoría de los casos, no se presentaron consecuencias legales. Esto se explica debido a que las consecuencias legales suelen estar presentes en casos donde ya se reporta dependencia y el consumo está asociado con actos ilícitos para conseguir la sustancia, o bien, con el consumo combinado de alcohol con otras sustancias, cuya adquisición puede implicar incurrir en actos ilegales (Medina-Mora, et al., 2001; Ortiz, et al., 2015).

Estos resultados concuerdan con la elección de meta de los usuarios. En el caso de la condición individual, donde los problemas asociados al consumo se percibían como más severos, los usuarios eligieron con mayor frecuencia la meta de abstinencia, en comparación con la condición grupal, donde la mitad eligió la abstinencia y la otra mitad,



consumo de bajo riesgo. Al término de la IB, hubo un incremento en la frecuencia de elección de la meta de consumo de bajo riesgo, en ambos casos. Estos resultados se explican por el hecho de que los usuarios incrementaron su confianza de manejar situaciones de riesgo al consumo, dato que se retoma posteriormente (Sobell & Sobell, 1993). Ahora bien, en el caso del formato grupal, se puede apreciar que en todos los casos, eligieron meta de consumo de bajo riesgo posterior al tratamiento. Este hecho, en particular, se explica por la influencia que tuvieron todos los miembros entre sí para la toma de esta decisión, sin embargo, este dato, lejos de ser alarmante (Weiss, et al., 2005; Burleson, et al., 2006), resalta el papel que juegan todos los miembros en el proceso grupal como agentes de cambio (Bieling, et al., 2006; Sobell & Sobell, 2011; Smock, et al., 2008).

Se puede apreciar a partir de la cantidad de consumo que, pese a que los usuarios del grupo eligieron meta de consumo de bajo riesgo, hubo una reducción tanto en las UBE como en la frecuencia de consumo nocivo.

Un hecho que merece la atención, es el tipo de bebida consumida con mayor frecuencia. En la condición individual, la bebida más consumida fueron los destilados, mientras que en el caso de la condición grupal, fue la cerveza. En el campo de lo anecdótico, se cita a un usuario quien dijo “Es que cuando era más joven sólo me alcanzaba para comprar cerveza, pero ahora que ya trabajo, compro cosas más caras, como wiski”. Es decir, que debido a las características de vida de los usuarios (que en todos los casos de la condición grupal, se trataba de estudiantes), se pueden explicar las diferencias entre las condiciones en el tipo de consumo. En resumen, la cantidad de años de consumo, las diferencias en las condiciones propias del grupo etario, tales como ocupación, nivel socioeconómico, por mencionar algunas, entre ambas condiciones, justifican las marcadas diferencias en el tipo de consumo al inicio del tratamiento.

Además de que los usuarios se encontraban ya motivados para modificar su consumo, se observa la importancia que le dieron los usuarios a realizarlo. Cabe mencionar que en ambos casos todos los participantes consideraron como importante o muy importante modificar su consumo. Ahora bien, en lo que respecta a la principal razón para hacerlo, se aprecia que tal cual es en el caso de la presencia de las consecuencias asociadas al consumo, los usuarios de la condición individual, eligieron con mayor frecuencia las áreas familiar y de pareja, mientras que los participantes de la condición grupal eligieron con mayor frecuencia la escuela como principal motivador, hecho que también concuerda con las consecuencias asociadas al consumo presentadas en cada condición.

En lo que se refiere a la satisfacción con el estilo de vida, se aprecia que en ambas condiciones, la mayoría de los participantes se encontraban satisfechos, lo cual se explica debido a que las consecuencias del consumo no han afectado de forma irreparable al usuario en diferentes áreas de su vida. Es decir, en estos usuarios, el consumo comienza a generar problemas, pero aún no son irreversibles (Sobell & Sobell, 1993).

En lo referente al patrón de consumo, se puede apreciar que en ambas condiciones hubo una disminución en el promedio de unidades consumidas por ocasión, pasando en ambos casos, a un consumo de bajo riesgo. Es importante señalar que no se encontraron diferencias estadísticas entre ambos formatos antes y después del tratamiento, lo cual permite evidenciar que ambas modalidades son efectivas en disminuir la cantidad de consumo de alcohol.

Ahora bien, si se observa bien la gráfica, se puede identificar una diferencia mayor en la reducción en el caso de la condición individual, estos datos, como bien se explicó antes, se deben a que las muestras no son equivalentes. Sin embargo, es claro que en ambos casos, los usuarios lograron reducir su consumo. Estos datos se fortalecen con el tipo

consumo. Se observa cómo es que en ambos grupos, hubo un incremento en la cantidad de veces que consumieron de forma moderada y, el resultado más visible, un decremento en la cantidad de ocasiones que consumieron de forma nociva. Este último dato es interesante, debido a que precisamente, como lo menciona la literatura, la IB es una estrategia de prevención selectiva e indicada, mediante la detección temprana de los casos, que busca reducir riesgos y consecuencias asociadas al consumo de alto riesgo o nocivo (OMS, 2011). Cabe recordar que el tipo de consumo por excelencia en población mexicana es explosivo, es decir, con una baja frecuencia, pero en cantidades nocivas. Retomando la recomendación de organismos internacionales referente al consumo de alcohol, los usuarios que beben y que no presentan dependencia, no forzosamente tienen que dejar de hacerlo, tal como es el caso de las otras sustancias psicoactivas, sino que pueden presentar un consumo de bajo riesgo o consumo moderado, como se le conocía con anterioridad.

Tal cual se mencionó con el caso del piloteo, los usuarios en general, logran controlar su consumo la mayoría de las ocasiones, lo cual implica que desde antes de la intervención ya contaban con estrategias para lograrlo (Sobell & Sobell, 1993). Sin embargo, un hecho que se observó a lo largo de la aplicación de ambos formatos, fue la dificultad que presentaron los usuarios para identificar dichas estrategias. Este hecho se corroboró con la dificultad en el llenado del autorregistro, refiriendo de forma muy vaga las estrategias utilizadas para disminuir o eliminar el consumo.

En lo que respecta a la frecuencia de consumo, se observa que en el caso de la condición individual, los usuarios consumían semanalmente o con mayor frecuencia. Posterior a la intervención, la frecuencia de consumo disminuyó a mensualmente, logrando en dos de los casos, la abstinencia total de la sustancia. En la condición grupal, se observa que la frecuencia de consumo era semanal, logrando una reducción a 2 a tres veces por mes.

Importante de prestar atención a que en ambas condiciones, la disminución de la frecuencia no generó un incremento en la cantidad de consumo. Estos resultados son consistentes con lo encontrado por otras investigaciones (Sobell, et al., 2009).

Ahora bien, en lo que respecta a las principales situaciones de consumo de sustancias, se aprecia que no hay muchas diferencias entre ambas condiciones, con excepción de la situación de necesidad física, donde las diferencias fueron significativas. Es decir, en ambos casos, los usuarios consumían en situaciones sociales para sentirse bien, pasando momentos agradables con otras personas. Cabe señalar que este instrumento no se aplicó posterior al tratamiento debido a que el periodo que mide es de un año, y dada la brevedad de la intervención, no resultaba conveniente aplicar nuevamente un instrumento tan largo y que podría causar hartazgo en los usuarios.

Los resultados anteriores concuerdan con los encontrados en el instrumento CCS, donde se puede apreciar que previo al tratamiento, las situaciones en las cuales los usuarios presentaron una menor autoeficacia percibida, fueron las mismas situaciones donde los usuarios bebieron con mayor frecuencia en el último año. Ahora bien, un hecho a resaltar es el incremento de los niveles de confianza en todas las situaciones en ambas condiciones. A diferencia de las variables mencionadas anteriormente, se aprecia que los incrementos más notorios se dieron en la condición grupal, nuevamente, esto se debe a que obtuvieron menores puntajes al inicio del tratamiento. En resumen, en ambas condiciones hubo un incremento en el nivel de confianza en las ocho diferentes situaciones que marca la literatura como situaciones de riesgo, (Marlatt & George, 1984), hecho que puede atribuirse a la IB, ya sea en formato individual o grupal, toda vez, que esta IB busca que los usuarios identifiquen y en su caso desarrollen, estrategias para disminuir o eliminar su consumo. Cabe señalar, que no se encontraron diferencias estadísticas entre ambas modalidades

(Sobell & Sobell, 2009). Cuando un usuario identifica y pone en práctica sus propias estrategias para enfrentar las situaciones de riesgo al consumo, incrementa su nivel de confianza a manejar estas situaciones, además de que incrementa su nivel de motivación para cambiar (Bandura, 1999; Echeverría, et al., 2007; Sobell & Sobell, 1993)

Un hecho que merece la atención, es que pese a que los usuarios de la condición grupal, presentaron en general consumos menos problemáticos, en este instrumento refirieron tener menores niveles de confianza situacional. Este hecho puede explicarse debido a la falta de identificación de las estrategias para negarse al consumo, aunado a que, dada su situación de vida, es probable que la presión social jugara un papel importante en la decisión de consumir y en dificultar la aplicación de estrategias para negarse al consumo.

Cabe señalar, que tal cual marca la literatura, estos resultados respaldan la idea de que los usuarios ya presentan desde antes estrategias para enfrentar situaciones de riesgo al consumo, y que la IB promueve la identificación de éstas (Sobell & Sobell, 1993).

Los resultados anteriores permiten evidenciar el hecho de que ambos formatos, individual y grupal de la IB, resultan efectivos para disminuir o eliminar el consumo de alcohol, así como reducir el riesgo de presentar consecuencias nocivas asociadas con beber. Es decir, que cualquiera que sea la modalidad de la IB, se encuentran resultados favorables para el usuario. Es decir, ambos formatos generan beneficios similares en cuanto a efectividad.

Sin embargo, como menciona la literatura, una diferencia entre ambos formatos es que la terapia grupal, representa menos costos de implementación. Al respecto, en la cantidad de horas terapeuta, se puede observar que hay una diferencia muy marcada entre la condición individual y la grupal, donde esta última requirió menos horas del terapeuta para su implementación y menos costos de servicios y espacios. Lo anterior implica, que se

puede atender a una mayor cantidad de personas en menos tiempo y con menores recursos (French et al., 2008; Sobell, et al., 2009). Con ello, se podría dar respuesta de forma mas oportuna a la creciente cantidad de personas que consumen sustancias y que acuden a recibir tratamiento (Medina-Mora, et al., 2013).

Por otro lado, si se analiza bien el tema, se puede observar que la disminución de los costos no solo tiene que ver con las horas terapéuticas, sino que también con los recursos de la institución tales como los espacios destinados a la atención de usuarios, el personal que labora ahí, la necesidad de tener diversos espacios para atender a varios usuarios al mismo tiempo de forma individual a la misma hora el mismo día, lo cual implicaría contar con una plantilla de personal más grande para poder brindar dicha atención, sólo por mencionar algunos (Tucker & Oei, 2007). Mientras que en el caso del usuario, recibir una intervención oportuna puede disminuir barreras para adherirse al tratamiento (Schmidt, et al., 2014).

Visto desde otro punto, si se considera el hecho que la mayor cantidad de personas que acuden a tratamiento por consumo de sustancias en México, lo hacen en establecimientos de ayuda mutua (CONADIC, CENADIC y CICAD-OEA, 2011) y debido al riesgo de la presencia de malas prácticas en estos establecimientos, entonces se puede afirmar que existe la necesidad de tener disponibles tratamientos basados en la evidencia implementados por un profesional de la salud. Las intervenciones grupales resultan una respuesta oportuna a esta situación.

Es importante resaltar y distinguir que si bien es cierto que una de las dificultades a las que se enfrentó esta investigación fue reunir una cantidad determinada de usuarios al mismo tiempo para formar el grupo (Oei & Dingle, 2008), este tipo de intervenciones puede ser de mucha utilidad para establecimientos que cuenten con una demanda grande de usuarios y pocos recursos para la atención (Sobell & Sobell, 2011). Aspectos tales como la

promoción de parte de las instituciones y la sensibilización con los usuarios por parte de los profesionales de la salud para facilitar el reconocimiento de patrones de consumo de alto riesgo y nocivos, son factores clave para lograr el objetivo de reunir una cantidad suficiente de usuarios en un periodo de tiempo determinado.

En el campo de lo anecdótico, un aspecto que favoreció la posibilidad de formar un grupo, fue realizar la promoción en un espacio que brinda servicios psicológicos de una universidad pública, donde los usuarios que acudieron a dicho establecimiento, ya se encontraban sensibilizados para recibir una atención psicológica por motivos ajenos al consumo de sustancias.

Sin embargo, en el caso de la terapia grupal, una tarea indispensable, concerniente al terapeuta, es preparar al usuario para el trabajo grupal, indicándole los beneficios que puede obtener al recibir la intervención en esta modalidad (Bieling, et al., 2006; Sobell & Sobell, 2011), debido a que tal como menciona la literatura, la percepción que tienen las personas respecto a la terapia grupal, es más bien negativa, en comparación con la terapia individual (Schechtman & Kiezel, 2016).

Cabe la aclaración, que si bien como se mencionó, los resultados pueden deberse a otras variables diferentes a la modalidad de IB, debido a la falta de control experimental en la investigación (Tucker & Oei, 2007; Weiss, 2004), con estos datos se presenta una aproximación al campo de las IB grupales, aportando evidencia que respalda la viabilidad de aplicar la terapia grupal, ya que cuenta con ventajas sobre la individual tales como menores costos de implementación, el proceso grupal o la interacción entre los miembros, el rol que juegan todos los miembros con el resto del grupo de agentes de cambio, por mencionar algunos (Budman, 1996; French et al., 2008; Steenbarger et al., 2011).

Sin embargo, no debe perderse de vista, que los profesionales encargados de brindar una IB grupal, deben contar con una amplia formación en el campo de la terapia grupal (Weiss, et al., 2005), debido a que se requiere de la implementación de técnicas terapéuticas diferentes a las propias de la terapia individual para promover el cambio conductual en todos los miembros del grupo, tales como el diálogo socrático y la identificación de similitudes entre los miembros (Bieling, et al., 2006).

Si bien es cierto que este último punto implica que las instituciones inviertan en la capacitación de sus elementos en técnica grupal, es necesario resaltar que a largo plazo, se reducen los costos de implementación (Medina-Mora et al., 2010), sin la necesidad de sacrificar la efectividad del tratamiento (Peterson et al., 2006; Smock et al., 2008; Weiss, et al., 2004). Además, hay que recordar que existen otros beneficios propios de la terapia grupal tales como el aprendizaje vicario, la posibilidad de practicar habilidades sociales en un escenario social, la retroalimentación de los miembros, el apoyo y el incremento de autoeficacia (Bieling, et al., 2006; Sobell & Sobell, 2011; Ware, et al., 2009). De la misma forma, se reduciría el tiempo de lista de espera (Hedman, et al., 2011).

Nuevamente, de forma anecdótica, cabe mencionar algunos comentarios de los usuarios que recibieron la IB grupal: “Me dí cuenta que no soy el único con estos problemas”, “Me sentía muy mal, pero observé que otras personas la están pasando peor y no se dan por vencidos”, “Mis compañeros me dieron ideas que no se me habían ocurrido, pero que me sirvieron para negarme a consumir”, “Me gustó recibir el tratamiento grupal porque aprendí de mis compañeros” por mencionar algunos, con lo cual, se ejemplifican los beneficios de la terapia grupal.

Ahora bien, como se menciona en la literatura, existen ciertas barreras que generan reticencia de parte de muchas personas para recibir una intervención grupal (Schechtman &



Kiezel, 2016), incluso, existen estudios detractores de esta modalidad (Mörtberg, et al., 2007), favoreciendo así a las intervenciones individuales. Sin embargo, existen acciones para eliminar dichas barreras o posibles desventajas de la modalidad grupal, tales como el uso de un estilo motivacional y brindar información sobre los beneficios de ambos formatos y permitir que los usuarios elijan el tipo de tratamiento (Shimiege, et al., 2009; Sobell & Sobell, 2011).

Finalmente, es necesario no perder de vista que no todas las intervenciones son las mejores para todos. El éxito de una modalidad dependerá de las características propias de cada persona y la motivación que tenga en participar en las mismas (Ware, et al., 2009).

Dentro de los aspectos a considerar para futuras investigaciones, se encuentra el realizar esta investigación con una muestra mayor, en poblaciones diferentes tales como jóvenes, adultos y adultos mayores, usuarios con diferente nivel académico, la aplicación en instituciones públicas o del sector privado (Medina-Mora et.al, 2010; Villatoro, et al., 2015). Sin embargo, una recomendación especial para los investigadores, específicamente hablando de la modalidad grupal, es la aplicación de esta IB en usuarios que presentan consumo de sustancias diferentes al alcohol, tales como marihuana y tabaco, debido a que existe evidencia de que este modelo también es efectivo en estos usuarios (Sobell, et al., 2009).

Es importante resaltar que debido a la premura del tiempo, en este documento no se reportan los datos del seguimiento a los usuarios, sin embargo, existe un compromiso por parte de la autora de realizarlos una vez que se cumpla con el tiempo para ello, principalmente, por el sentido ético de dar continuidad al tratamiento de los usuarios, con la finalidad de anticipar cualquier eventualidad que pudiera llevar a los usuarios a una recaída y para brindar retroalimentación positiva al desempeño de los usuarios.

Como se puede apreciar, este trabajo es apenas una aproximación al campo de investigación en intervenciones breves grupales. Los alcances de este trabajo se limitan únicamente a la comparación de ambas modalidades de la IB en una muestra no probabilística, sin embargo, estos resultados son el parteaguas para un amplio y casi desconocido campo de investigación, en específico en el área de adicciones, donde pese a que la intervención más utilizada es en formato grupal (Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2006; Burlison, et al., 2006; Humphreys, et al., 2004), no existe suficiente literatura al respecto.

Por otro lado, una recomendación especial es que se describa el proceso de grupal en los miembros, los cuales, según la literatura, son agentes de cambio con el resto de los miembros del grupo (Bieling, et al., 2006; Greenfield, et al, 2013; Holas & Suszek, 2016; Tucker & Oei, 2007).

Otro futuro curso de acción alternativa, implica la aplicación de esta intervención en su formato grupal en una muestra más grande para aportar evidencia de su efectividad, la cual ya existe en el caso del formato individual (Ayala et al., 1995; Ayala et al., 1998; Echeverría, et al., 2004), para el posterior desarrollo de manuales para el terapeuta, de forma que la implementación de la misma pueda llevarse a cabo de forma integral.

## **Limitaciones**

Debido a que no existen trabajos previos de IB en formato grupal, este trabajo partió de cero en lo que respecta a la aplicación de una intervención en dicho formato. En primer término, como se mencionó anteriormente, fue necesario realizar la adaptación de los manuales, toda vez que no se contaba con los materiales acordes para la aplicación de la IB grupal.

Por otro lado, tampoco existían estrategias ya planteadas para la implementación de la promoción en población universitaria, aunado a los pocos recursos económicos y humanos para la implementación de esta fase. Se requirió de cierta inversión económica y de tiempo para la realización de la campaña No Te Pases, la cual se ha descrito con anterioridad por parte de las autoras.

Cabe mencionar que una gran dificultad a enfrentar, fue el hecho de que en el lugar donde realizó la residencia externa de la Maestría la autora, no existía el suficiente flujo de usuarios para poder formar grupos, hecho que complicó lograr dicho objetivo. Si bien es cierto que la mayor cantidad de usuarios que acuden a dicho establecimiento lo hacen por consumo de alcohol, una cantidad considerable de dicha población no cubría con los criterios de inclusión contemplados en esta investigación, es decir, presentaba una problemática de consumo mayor, específicamente, indicadores de dependencia a la sustancia. Por otro lado, las características sociodemográficas no coincidían entre dichos usuarios. Estos hechos dificultaron reunir la muestra, orillando a la investigadora y a la directora de esta tesis, a decidir entre brindar una atención oportuna o generar una lista de espera para reunir a la suficiente cantidad de personas para brindar la intervención de forma grupal. Por cuestiones éticas, se tomó la decisión de brindar oportunamente el tratamiento, hecho que favorecía poco los objetivos de la investigación.

Es importante prestar atención al hecho de que se requiere una formación práctica en la aplicación de intervenciones grupales. Finalmente, no se puede dejar de lado las creencias y atribuciones asociadas a la terapia grupal. En México, existen ciertas reticencias a acudir a una intervención en formato grupal, debido a los tabúes existentes de los cuales se habla en el marco teórico de este trabajo. Aunado al hecho de que en la gran mayoría de casos, los usuarios no se encuentran motivados a cambiar su consumo.

No se puede finalizar este trabajo sin antes brindar un reconocimiento a los académicos que aportaron ideas y retroalimentación positiva para la realización de este trabajo, en un campo de estudio tan poco explorado como lo es la IB grupal en población Mexicana. La experiencia y conocimientos de dichos catedráticos respecto a las IB, facilitó el logro de esta investigación.

## Referencias

- Annis, H. (1982) *Inventory of drinking situations*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. & Davis, C. (1988) *Assesment of expectancies in alcohol dependent clients*. En Marlatt & Donovan. *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., & Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 18-24.
- Ayala, V.H., Cárdenas, L.G., Echeverría, S.L., Gutiérrez, M. (1997). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Porrúa.
- Ayala, H. y Echeverría, L. (1998). *Detección temprana e intervención breve*". En: *Beber de Tierra Generosa. Historia y Ciencia de las Bebidas Alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. 2, 148-163.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M., Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*. Vol. 6. N° 1. Pp. 71-93.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian journal of social Psychology*, 2(1), 21-41.
- Bieling, P., McCabe, R., & Antony, M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. Guilford Press.
- Burleson, J., Kaminer, Y., & Dennis, M. (2006). Absence of iatrogenic or contagion effects in adolescent group therapy: Findings from the Cannabis Youth Treatment (CYT) Study. *The American Journal on Addictions*, 15(1), 4-15.

- Carrascoza C., Echeverría L (2012). *Las intervenciones breves para atender consumo excesivo de alcohol en población estudiantil*. En: Alcohol y políticas públicas. Ma Elena Medina Mora, coordinadora. El Colegio Nacional. 313-333.
- Comisión Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Organización de los Estados Americanos, (2011). *Diagnóstico nacional de servicios residenciales de las adicciones: Perfil del recurso humano vinculado al tratamiento de personas con problemas relacionados al abuso y dependencia de drogas y perfil del usuario*. México: CONADIC.
- Compas, B., Forehand, R., Thigpen, J., Keller, G., Hardcastle, E., Cole, D., ... & Reeslund, K. (2011). Family group cognitive-behavioral preventive intervention for families of depressed parents: 18-and 24-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 488-499.
- D'Amico, E., Osilla, K., & Hunter, S. (2010). Developing a group motivational interviewing intervention for first-time adolescent offenders at-risk for an alcohol or drug use disorder. *Alcoholism treatment quarterly*, 28(4), 417-436.
- Echeverría L., Carrascoza C., Ruíz G., Barragán L., Lira J., Martínez K., ... y Vieyra V. (2012). *Técnicas de detección temprana e intervención breve para la atención de conductas adictivas entre estudiantes*. En: Desarrollo de Nuevos Modelos para la prevención y tratamiento de conductas adictivas. Porrúa. México.
- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M., & Tiburcio, M. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

- Forsyth, D. R. (2010). *Group Dynamics*. Wadsworth, Cengage Learning.
- French, M., Zavala, S., McCollister, K., Waldron, H., Turner, C., & Ozechowski, T. (2008). Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. *Journal of substance abuse treatment, 34*(3), 272-281.
- Frydrych, L., Greene, B., Blondell, R. & Purdy, C., (2009). Self-help program components and linkage to aftercare following inpatient detoxification. *Journal of Addictive Diseases, 28* (1), 21-27.
- Gossop M., Stewart D., Brown N., Marsden J. (2002). "Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effects of coping response". *Addiction 97*, 1259-1267.
- Goti, J., Diaz, R., Serrano, L., Gonzalez, L., Calvo, R., Gual, A., & Castro, J. (2010). Brief intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: a randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry, 19*(6), 503-511. DOI 10.1007/s00787-009-0060-5
- Greenfield, S., Cummings, A., Kuper, L., Wigderson, S., & Koro-Ljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy. *Substance use & misuse, 48*(9), 772-782. DOI: 10.3109/10826084.2013.787100
- Greenfield, S., Brooks, A., Gordon, S., Green, C., Kropp, F., McHugh, R., ... & Miele, G. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence, 86*(1), 1-21.

- Greenfield, S., Trucco, E., McHugh, R., Lincoln, M., & Gallop, R. (2007). The Women's Recovery Group Study: A Stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and alcohol dependence, 90*(1), 39-47.
- Grenard, J., Ames, S., Wiers, R., Thush, C., Stacy, A., & Sussman, S. (2007). Brief intervention for substance use among at-risk adolescents: A pilot study. *Journal of Adolescent Health, 40*(2), 188-191.
- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., & Lindfors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PloS one, 6*(3), e18001.
- Hofmann, S., & Suvak, M. (2006). Treatment attrition during group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(7), 961-972.
- Holas, P., & Suszek, H. (2016). Group process and therapeutic protocol of intensive transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety and personality disorders in a day clinic. *International Journal of Group Psychotherapy, 66*(3), 422-430.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., ... & Laudet, A. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(3), 151-158.
- Juan, M., Kuri, P., Duran, L., y Velasco, M. (2013). Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA) informe 2012. *México: Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología.*



- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive Behaviors, 30*(9), 1765-1774.
- Lira, J. (2009). *Programa de intervención breve motivacional para fumadores y terapias de sustitución con nicotina: resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado*. Tesis de Doctorado. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British journal of addiction, 79*(3), 261-273.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G., & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental, 31*(2), 119-127.
- Medina-Mora, M., García, I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez, L., ... & Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud mental, 33*(5), 373-378.
- Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental, 24*(4), 3-19.
- Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México, 55*(1), 67-73.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro-Velázquez, J. A., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., & Guisa-Cruz, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de alcohol. *México DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1999) *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictiva*. México: Paidós.

- Morgan-Lopez, A. A., & Fals-Stewart, W. (2006). Analytic complexities associated with group therapy in substance abuse treatment research: Problems, recommendations, and future directions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *14*(2), 265.
- Mörtberg, E., Clark, D., Sundin, Ö., & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(2), 142-154. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., & Sundin, Ö. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(5), 646-660.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevencion, tratamiento y control de las adicciones. *Diario Oficial de la Federación de México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/nom/NOM-028-SSA2-2009.pdf>
- Norton, P., & Barrera, T. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, *29*, 874–882.
- Oei, T., & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1), 5-21.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Biblioteca sede OPS.

- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., (2015) Grupo interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la aplicación de la Cédula “Informe individual sobre consumo de drogas”. Tendencias en el área metropolitana No. 57. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
- Paz Y., (2010). *Deserción de usuarios de una intervención breve para consumidores de marihuana*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología: UNAM
- Peterson, P., Baer, J., Wells, E., Ginzler, J., & Garrett, S. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychology of addictive behaviors, 20*(3), 254-264.
- Schmidt, N., Capron, D., Raines, A., & Allan, N. (2014). Randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief intervention targeting anxiety sensitivity cognitive concerns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 1023-1033.
- Schmiege, S., Broaddus, M., Levin, M., & Bryan, A. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 38-50.
- Shechtman, Z., & Kiezel, A. (2016). Why Do People Prefer Individual Therapy Over Group Therapy?. *International Journal of Group Psychotherapy, 66*(4), 571-591.
- Smock, S. A., Trepper, T. S., Wetchler, J. L., McCollum, E. E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution- Focused Group Therapy for Level 1 Substance Abusers. *Journal of marital and family therapy, 34*(1), 107-120.
- Sobell, L., Agrawal, S., Annis, H., Ayala, H., Echeverría, L., Rybakowski, J., ... & Ziolkowski, M. (2001). “Cross-cultural evaluation of two drinking assessment

- instruments: Alcohol Timeline followback and Inventory of Drinking Situations". *Substance Use & Misuse*, 36 (3).
- Sobell, L. C., Manor, H. L., Sobell, M. B., & Dum, M. (2008). Self-critiques of audiotaped therapy sessions: A motivational procedure for facilitating feedback during supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(3), 151-155.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. Guilford Press.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 199-210.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2011). *Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.
- Sobell, L., Sobell, M., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672.
- Steenbarger, B., & Budman, S. (1996). Group psychotherapy and managed behavioral health care: Current trends and future challenges. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 297-309.
- Tiburcio, M., Rosete-Mahedano, M., Natera, G., Martínez, M., Carreño, S. y Pèrez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27.

- Tucker, M., & Oei, T. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 77-91.
- Vasilaki, E., Hosier, S. & Cox, W. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328-335. doi:10.1093/alcalc/agl016
- Velázquez A., Sánchez, J., Lara M. y Sentiés H. (2000). El abandono del contexto psiquiátrico. Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18(2), 315-340.
- Villatoro, J. A., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Mujica, A., Martín del Campo, R., ... & Medina-Mora, M. (2015). Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014. *Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
- Wagner, E., Hospital, M., Graziano, J., Morris, S., & Gil, A. (2014). A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1128-1139.
- Ware, J., Mann, R., & Wakeling, H. (2009). Group versus individual treatment: what is the best modality for treating sexual offenders?. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 2(1), 2.
- Weber, R. (2016). Attachment Theory and Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(3), 456-460.
- Weiss, R., Jaffee, W., Menil de, V., & Cogley, C. (2004). Group therapy for substance use

disorders: What do we know?. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 339-350. doi: 10.1080/10673220490905723

Weiss, R., Griffin, M., Kolodziej, M., Greenfield, S., Najavits, L., Daley, D., ... & Hennen, J. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 100-107.

Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., & Weisz, J. (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1036-1044.

Yalom, I. (1995) *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.