



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGIASOCIAL Y AMBIENTAL

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA ATENUAR EL
PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
ROBERTO CORDERO OROPEZA

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

COMITÉ TUTOR
DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE, 2022



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

Al Instituto Politécnico Nacional por las facilidades para la realización de este trabajo.

A mi *alma mater* la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de cultivarme como persona y profesional en sus múltiples recintos.

A mi tutora principal la Dra. Mirna García Méndez por su conocimiento, guía, paciencia y calidez humana.

A la Dra. Lupita Acle por sus sugerencias precisas y ecuanimidad; a la Dra. Medina-Mora por sus correcciones siempre amables, pero sin indulgencia; al Dr. Bustos por sus puntos de vista que señalan rumbos alternos; al Dr. Jurado por sus siempre acertados comentarios.

A todos los participantes que dedicaron tiempo de su vida en este proyecto que ahora es realidad.

Dedico este trabajo al Jaguar y su tenacidad y al Colibrí y su revoloteo que genera felicidad, con amor infinito e incondicional hasta el fin de los tiempos.

A mis padres Cecilia y Leonardo por el don de vida otorgado.

A Sofia Reyna, Oscar, Jacqueline, Martha, Clara y Alejandro Ismael por ser quienes son que sin ello no sería quien soy.

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Primera parte	11
Antecedentes	12
Patrones de consumo de alcohol y problemas asociados	16
Problemas de alcohol en estudiantes preuniversitarios y universitarios	19
Estrategias de atención en instituciones de educación superior	23
Modelos explicativos para consumo de alcohol	28
Teoría del comportamiento planificado	29
Teoría de la conducta problema	33
Teoría sociocognitiva del abuso de sustancias	39
Modelos psicosociales de intervención	43
Cognitivo conductual	43
Terapia familiar	47
Segunda parte	53
Planteamiento del problema	54
Justificación del estudio	54
Pregunta de investigación	64
Preguntas suplementarias	64
Objetivo general	64
Objetivos específicos	64
Hipótesis	65
Consideraciones éticas	67
Subestudio 1. Caracterización de los patrones emergentes de consumo de alcohol en estudiantes	68
Método	68
Tipo de estudio y diseño	68
Participantes	68
Selección y tamaño de la muestra	69
Definición de la variable patrón de consumo de alcohol	69
Medidas	70
Procedimiento	70
Análisis estadístico	71
Resultados	71

Sociodemográficos	71
Clases latentes	81
Discusión.....	90
Limitaciones del estudio y recomendaciones	98
Subestudio 2. TBCS para atenuar el Patrón Emergente de Consumo de Alcohol	99
Método	99
Tipo de estudio y diseño.....	99
Participantes	99
<i>Selección de la muestra</i>	99
Definición de las variables	100
Independiente.....	100
Dependiente	101
Atributivas.....	102
Medidas	103
Procedimiento.....	105
Primer contacto	106
Tamizaje.....	107
Establecimiento de la línea base.....	107
Desarrollo de la intervención.....	107
Seguimiento.....	109
Análisis estadístico	111
Resultados	112
Sociodemográficos, contexto de interacción social-familiar e historia de consumo	113
Fidelidad del tratamiento	116
Componentes activos de la intervención	116
Elementos y actividades de la intervención	124
Instrumentación de la intervención.....	125
Efectos preliminares	127
Análisis visual	127
Tamaño del efecto.....	141
Discusión	145
Limitaciones del estudio y recomendaciones	150
Referencias	153
Apéndice	175

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. <i>Concentración de alcohol en sangre y efectos coligados</i>	14
Tabla 2. <i>Tipos de consumo</i>	16
Tabla 3. <i>Programas universitarios de atención al consumo de sustancias en EUA</i>	25
Tabla 4. <i>Programas universitarios de atención al uso de sustancias en Ciudad de México</i>	26
Tabla 5. <i>Comparación de modelos clásicos e integracionistas de la Terapia Familiar</i>	51
Tabla 6. <i>Operacionalización de la variable patrón de consumo de alcohol</i>	69
Tabla 7. <i>Proporción de cuestionarios respondidos por unidad académica</i>	72
Tabla 8. <i>Características sociodemográficas de los participantes por sexo</i>	73
Tabla 9. <i>Uso de alcohol y problemas asociados al consumo</i>	76
Tabla 10. <i>Ajuste del modelo de cuatro clases para consumo de alcohol</i>	83
Tabla 11. <i>Modelo de cuatro clases para consumo de alcohol en hombres</i>	86
Tabla 12. <i>Ajuste del modelo de cuatro clases para consumo de alcohol en hombres</i>	86
Tabla 13. <i>Modelo de tres clases para consumo de alcohol en mujeres</i>	87
Tabla 14. <i>Ajuste del modelo de tres clases para consumo de alcohol en mujeres</i>	87
Tabla 15. <i>Modelo de tres clases para consumo de alcohol nivel medio superior</i>	88
Tabla 16. <i>Ajuste del modelo de tres clases para consumo de alcohol nivel medio superior</i>	89
Tabla 17. <i>Modelo de dos clases para consumo de alcohol nivel superior</i>	90
Tabla 18. <i>Ajuste del modelo de dos clases para consumo de alcohol nivel superior</i>	90
Tabla 19. <i>Patrones emergentes de consumo de alcohol</i>	101
Tabla 20. <i>VARIABLES CONSTITUTIVAS DEL CONSTRUCTO CONTEXTO DE INTERACCIÓN SOCIAL-FAMILIAR</i>	103
Tabla 21. <i>Características de las medidas empleadas para uso de alcohol</i>	104
Tabla 22. <i>Características de las medidas empleadas para contexto social-familiar</i>	105
Tabla 23. <i>Características sociodemográficas de los participantes en el estudio</i>	113
Tabla 24. <i>Características de las familias de los participantes en la intervención</i>	114
Tabla 25. <i>Contexto de consumo de alcohol y consecuencias padecidas en el último año</i>	115
Tabla 26. <i>Historia de uso de alcohol</i>	116
Tabla 27. <i>Transición del motivo de consulta a la demanda trabajable</i>	117
Tabla 28. <i>Empleo de los componentes activos de la intervención</i>	124
Tabla 29. <i>Cumplimiento de la estructura organizativa de las sesiones</i>	125
Tabla 30. <i>Resumen del cambio entre las fases</i>	140
Tabla 31. <i>Cálculo del tamaño del efecto</i>	142

Figuras

Figura 1. <i>Estructural de la teoría del comportamiento planeado</i>	32
Figura 2. <i>Marco sociopsicológico general para el estudio de la desviación</i>	35
Figura 3. <i>Estructura conceptual de la teoría de la conducta problema</i>	37
Figura 4. <i>Modelo explicativo para conductas de riesgo adolescente</i>	39
Figura 5. <i>TCC tradicional para el Tratamiento de TCA</i>	45
Figura 6. <i>Dinámica de cambio en el modelo TBCS</i>	60
Figura 7. <i>Relación de las variables involucradas en la investigación</i>	66
Figura 8. <i>Componentes activos de la intervención</i>	67
Figura 9. <i>Frecuencia de consumo de una copa o más y consecuencias en el último año</i>	81
Figura 10. <i>Modelo de los patrones emergente de consumo de alcohol en estudiantes</i>	84
Figura 11. <i>Flujograma de la etapa de inferencia</i>	110
Figura 12. <i>Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 01M1</i>	128
Figura 13. <i>Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 01M2</i>	130
Figura 14. <i>Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 02H1</i>	132
Figura 15. <i>Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 02M2</i>	135
Figura 16. <i>Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 02M3</i>	138

Resumen

El uso de alcohol entre universitarios representa el mayor problema en materia de consumo de sustancias psicoactivas, su atención al interior de las universidades, como una buena práctica, requiere distinguir las características del consumo para decidir sobre las intervenciones que prevengan, disminuyan o logren la cesación entre sus estudiantes. El objetivo del estudio fue evaluar el resultado del modelo de terapia breve centrada en soluciones (TBCS) en la atenuación del patrón emergente de consumo de alcohol en universitarios (PEC), evidenciado por la disminución de la frecuencia e intensidad de consumo en los participantes en el postratamiento. El subestudio 1 es un estudio transversal analítico por método de encuesta, participaron 3888 estudiantes de una universidad pública en Ciudad de México, del cuestionario base para las encuestas nacional de consumo de sustancias, se tomó y aplicó vía electrónica el módulo de alcohol y se realizó un análisis de clases latentes (ACL). El subestudio 2 es un piloto con diseño de caso único con dos fases y N múltiple, participaron cinco estudiantes voluntarios ubicados en algún PEC y recibieron una intervención de cinco sesiones de TBCS, se realizó un análisis de tendencia empleando la corrección de Tau para la línea base. El ACL arrojó cuatro clases conformadas con las variables: frecuencia de consumo excesivo, bebidas consumidas en un día típico, años de exposición y número de problemas asociados, el PEC más relevante fue Bebedores Riesgosos con Consecuencias (BRCC). El análisis de tendencia apuntó disminución significativa en el 60% de participantes y tamaños del efecto de pequeños a moderados. Se requiere mayor rigurosidad en el muestreo para corregir los sesgos de selección. Lo reducido de los participantes por PEC dificulta discernir las razones del mejor desempeño de la intervención para BRCC y la presencia de significancia práctica en los casos sin significancia estadística.

Palabras clave: Patrones Emergentes de Consumo de Alcohol, Estudiantes Universitarios, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Análisis de Clases Latentes, Diseño de Caso Único.

Abstract

The use of alcohol among university students represents the biggest problem regarding the consumption of psychoactive substances, its attention within universities, as a good practice, requires distinguishing the characteristics of consumption to decide on interventions that prevent, reduce or achieve cessation among his students. The objective of the study was to evaluate the result of the solution-focused brief therapy (SFBT) model in the attenuation of the emerging pattern of alcohol consumption in university students (PEC), evidenced by the decrease in the frequency and intensity of consumption in the participants in the aftercare. Substudy 1 is an analytical cross-sectional study by survey method, 3,888 students from a public university in Mexico City participated in the base questionnaire for the national surveys on substance use, the alcohol module was taken and applied electronically, and a latent class analysis (LCA). Substudy 2 is a pilot with a single case design with two phases and multiple N, five student volunteers located in a PEC participated and received an intervention of five sessions of SFBT, a trend analysis was performed using the Tau correction for the line base. The ACL yielded four classes made up of the variables: frequency of excessive consumption, drinks consumed on a typical day, years of exposure and number of associated problems, the most relevant PEC was Risky Drinkers with Consequences (BRCC). Trend analysis pointed to a significant decrease in 60% of participants and small to moderate effect sizes. More rigorous sampling is required to correct for selection bias. The small number of participants by PEC makes it difficult to discern the reasons for the better performance of the intervention for BRCC and the presence of practical significance in cases without statistical significance.

Keywords: Emerging Patterns of Alcohol Use, University Students, Solution Focused Brief Therapy, Latent Class Analysis, Single Case Design.

Introducción

El consumo de alcohol es un fenómeno complejo en el que participan factores de vulnerabilidad macrosociales como el nivel de desarrollo de un país, producción, distribución y reglamentación de su consumo; las normas y creencias culturales de cada sociedad y los contextos en que ocurre el consumo; también participan factores personales como la edad, el sexo o los roles de género, así como las situaciones familiar y socioeconómica. La interacción entre estos factores repercute en el volumen de ingesta de alcohol y frecuencia de su consumo, lo que redundando en la cronicidad o agudeza de las enfermedades o consecuencias problemáticas que se le asocian, cuyo desenlace pueden ser daños a terceros, consecuencias socioeconómicas catastróficas o la muerte del consumidor o de terceros.

Al final de la década pasada se definió el consumo nocivo de alcohol como aquel que “provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010, p. 5); redefiniéndolo posteriormente como un patrón de consumo, que puede ser episódico o continuo, que ha causado daños a la salud física o mental de la persona, o que ha dado como resultado un comportamiento que puede dañar la salud de otros (World Health Organization [WHO], 2018), con el fin de facilitar el reconocimiento temprano del impacto negativo del uso de sustancias en la salud, así como de reducir la brecha de tratamiento entre quienes pueden verse beneficiados por intervenciones específicas sea de prevención o tratamiento (Poznyak, et al., 2018).

Se calcula que esta forma de consumo es responsable de 2.8 millones de muertes, ocupa el séptimo lugar como factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad, y el primero como factor de riesgo global en población de 15 a 49 años a nivel mundial (Griswold et al., 2018), además de estar asociada a 200 condiciones de salud como enfermedades hepáticas,

accidentes viales, lesiones, diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares e incluso tuberculosis y VIH/SIDA (WHO, 2018).

En la región de las Américas el consumo de alcohol causó 300,000 muertes de las cuales en 80,000 fue la causa necesaria; se le atribuye la pérdida de 274 millones de años de vida sana, así como una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad relacionada con lesiones intencionales y no intencionales ocurridas en accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Estas situaciones afectan a más personas en edad productiva en países de ingresos bajos y medios, donde la carga de mortalidad y discapacidad es mayor por litro de alcohol consumido que en países de ingresos altos, lo mismo se repite en los diferentes sectores socioeconómicos al interior de los países latinoamericanos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015), donde la desigualdad en la distribución de los ingresos es más profunda.

En México se reportó una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 55% en hombres y 17% en mujeres durante 2012, mientras que en 2016 fue de 53% y 17% respectivamente, por cada 100 mil habitantes de 15 años o más; la proporción atribuible al consumo de alcohol por sexo fue de 66% y 52%, así como del 64% y 38% en los años señalados. En tanto que el número de muertes por accidentes de tránsito fue de 27 hombres y 7 mujeres en 2012, y de 26 hombres y 6 mujeres en 2016; con una proporción atribuible al consumo de alcohol del 45% y 10%, y 33% y 24% según el sexo y años correspondientes. El puntaje de años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad en el país resultó alto (WHO, 2014; 2018).

Estas afecciones de la población en edad económicamente productiva resultan en una carga onerosa para un país como el nuestro, cuyo gasto en salud en la última década ha oscilado entre el 2.5% y 2.9% del producto interno bruto, mientras que en países con mayor avance en la cobertura universal en salud se le destina el 6.0% o más (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2019).

Para las Instituciones de Educación Superior de nuestro país, el problema que representa el inicio o continuación del consumo de alcohol entre los adolescentes no podía pasar desapercibido, sobre todo cuando esta etapa de desarrollo, tránsito y adaptación a nuevas condiciones físicas, emocionales, identitarias y sociales, comienza y culmina en sus espacios frecuentemente propicios para la experimentación, la expansión de límites y el desarrollo de la autonomía que ponen a los estudiantes en una condición de susceptibilidad a este respecto.

Es así como aparecen los dos desafíos principales de las IES en esta materia, el primero es dar cuenta de la forma en que los estudiantes beben, es decir, en establecer los patrones característicos del consumo de alcohol en un universo heterogéneo de personas. El segundo tiene que ver con el cómo atender las necesidades derivadas de tales patrones de comportamiento, sea para la atención preventiva de carácter universal que apunta a evitar o retardar el inicio del consumo; selectiva para reducir el consumo, las consecuencias asociadas o prevenir la transición a patrones de mayor intensidad; e indicada para canalizar los casos con necesidad de recibir atención especializada.

Este trabajo parte de la idea de que el consumo de alcohol entre los estudiantes presenta una configuración dinámica propia, susceptible de ser modelada, cuyo conocimiento posibilita el diseño de intervenciones acordes con las necesidades específicas de la comunidad estudiantil, y más aún, hace factible la evaluación de la efectividad de las intervenciones en el fenómeno modelado o en alguno de sus componentes; cuya pretensión es la de contribuir al conocimiento y atención del consumo de alcohol en estudiantes, teniendo como propósitos:

1. Identificar el conjunto de variables que configuran los patrones emergentes de consumo de alcohol, en estudiantes de Nivel Medio Superior (NMS) y Superior (NS) en una Institución Educativa Pública de la Ciudad de México.

2. Recabar evidencia práctica del desempeño del modelo de intervención de corte sistémico centrado en soluciones, en la atención del patrón emergente de consumo de alcohol detectado en una muestra de estudiantes de NS.

Para dar cuenta de ello el documento se encuentra organizado en dos apartados, la primera se centra en la revisión documental del consumo de alcohol como un problema de salud pública, así como del consumo y atención de este problema en el contexto de los jóvenes universitarios, particularmente en la Ciudad de México. La segunda parte concierne al momento empírico de la investigación que consta de dos subestudios, el primero orientado a la caracterización de los patrones emergentes de consumo de alcohol en una universidad de gran tamaño, y el segundo, a evaluar el funcionamiento del modelo de terapia breve centrado en soluciones en la atenuación del patrón de consumo de los participantes en la intervención.

Primera parte

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antecedentes

Como compuesto químico de origen orgánico, la palabra alcohol se refiere a una amplia familia del grupo hidróxilo que se une a un carbono o hidrógeno; resulta común que éstos compuestos se nombren con la palabra alcohol seguido del grupo de alcanos al que corresponde su origen, lo que da lugar al nombre completo de cada grupo dentro de la familia, así tenemos alcohol metílico, alcohol etílico, alcohol isopropílico, entre otros; estos alcanos también suelen recibir la terminación *ol* para referirlos como metanol o etanol, etcétera. El etanol que se produce por fermentación y se puede separar por destilación posee en su estructura dos átomos de carbono, seis átomos de hidrógeno y un átomo de oxígeno, su fórmula química es C_2H_5OH , y se erige como el fármaco e intoxicante psicoactivo más extendido en el mundo, excepto en los lugares donde se practica el islam.

El etanol irrita e intoxica tejidos y órganos del cuerpo como el esófago, estómago, hígado y páncreas; además actúa como depresor de muchas funciones del sistema nervioso central como el juicio, razonamiento, habilidades motrices finas y gruesas, percepción y memoria. También actúa como desinhibidor del comportamiento y las emociones; en dosis muy altas deprime funciones corporales vitales como la respiración al punto de comprometer otras funciones vitales del organismo.

Antes de pasar de la sangre a los tejidos el etanol es absorbido por el sistema gastrointestinal viajando de la garganta al estómago, donde se absorbe el 20%, en su paso por el duodeno y el yeyuno se absorbe el 80% restante; entra en los capilares del intestino delgado, órgano de mayor absorción, a través de un proceso de difusión pasiva; la velocidad de vertido del estómago influye en la velocidad de absorción. Cuando la comida disminuye, el vaciado del contenido estomacal favorece que el etanol irrite y paralice parcialmente el músculo liso del estómago y válvula pilórica, disminuyendo el proceso de absorción; pero con grandes cantidades de alcohol, especialmente con el estómago vacío, la válvula pilórica puede

detenerse por completo haciendo que el estómago envíe su contenido nuevamente al esófago provocando vómito (Myers & Isralowitz, 2011).

Las bebidas alcohólicas con una concentración de 10% a 30% de etanol se absorben de manera óptima y se eliminan del cuerpo a razón de una bebida estándar por hora, de esta forma la concentración de alcohol en la sangre (CAS), aumenta a medida que las personas beben igual o mayor cantidad en menor tiempo. La CAS se puede expresar en miligramos por decilitro (mg/dl) o como un porcentaje de alcohol en el torrente sanguíneo; una persona con 100 mg/dl tendría un décimo del 1 por ciento de etanol en su torrente sanguíneo.

Una vez que el alcohol ha entrado en el torrente sanguíneo se transfiere al hígado por la vena porta, mientras el 10% se excreta en la respiración, el sudor y la orina, el 90% se elimina por oxidación, principalmente en el hígado; ahí las enzimas facilitan la descomposición del etanol en acetaldehído, luego en ácido acético y finalmente en dióxido de carbono y agua. Aunque el etanol es un nutriente, casi todas las bebidas alcohólicas solo proporcionan calorías vacías y el hígado preferentemente oxida el etanol antes que otros nutrientes normales, por lo que beber en exceso tiene repercusiones en la nutrición; para beber de forma segura se recomienda hacerlo a razón de una bebida estándar por hora, el equivalente a una cerveza de 12 onzas (255 ml), una copa de vino de cuatro o cinco onzas (118 a 148 ml), 1½ onzas (44 ml) de destilado con 40% de alcohol volátil o cuatro onzas (118 ml) de licor.

Si bien todo consumo de alcohol genera tolerancia y ésta incrementa el consumo, las personas varían mucho en qué tan rápido desarrollan algún nivel de tolerancia a los efectos intoxicantes del alcohol, un bebedor crónico puede metabolizar etanol hasta 72% más rápido que un no bebedor o un bebedor incipiente (Myers & Isralowitz, 2011), esto representa un factor de alto riesgo, pero no el único, para desarrollar problemas de alcohol. Prestar atención a las diferentes formas de consumo antes de que éste se vuelva crónico, resulta de suma importancia ante la proporción de afectados por patrones de consumo menos severos.

La tabla 1 resume los efectos de varios niveles de concentración de alcohol en sangre (CAS) en una persona de masa corporal promedio en los Estados Unidos de América (EUA) (28.8 hombres y 28.9 mujeres con 18 años y más; cercano al 27.5 hombres y 28.4 mujeres mexicanas en el mismo rango de edad), que no han desarrollado tolerancia a los efectos del alcohol; sin embargo, puede producirse una CAS diferente en mujeres por la mayor cantidad de grasa y menor cantidad de agua en el cuerpo, así como la menor producción de alcohol-deshidrogenasa, una de las principales enzimas involucradas en la metabolización del etanol. En otras palabras, las mujeres tienden a alcanzar un nivel más alto de CAS con la misma cantidad de etanol que los hombres, aún con el mismo peso corporal.

Tabla 1

Concentración de alcohol en sangre y efectos coligados

CAS	Conducta	Bebidas estándar
.01-.05%	Disminución del estado de alerta; generalmente buenos sentimientos; extroversión; deterioro del pensamiento y el juicio; desinhibición.	1-2
.06-.10%	Disminución consistente en el tiempo de reacción; percepción de profundidad, agudeza visual a distancia, visión periférica, deterioro de la recuperación ante el deslumbramiento; cambios de comportamiento; conciencia disminuida; deterioro de pequeñas y grandes funciones de control motor.	3-4
.10%	Legalmente ebrio; los conductores pueden ser acusados de conducir bajo los efectos del alcohol.	4-5
.13-.20%	Marcada depresión de la capacidad motora; decididamente intoxicado; demostraciones emocionales ocasionales de enojo, alegría, llanto, gritos.	5-8
.21-.25%	Severos disturbios motores; desconcierto; percepciones sensoriales muy deterioradas (por ejemplo, visión borrosa).	8-10
.30%	Semiestupor. Posible envenenamiento con alcohol.	10-15
.35%	El mismo nivel de conciencia que la anestesia quirúrgica; nivel mínimo para causar la muerte en algunas personas.	10-15
.40%	Comatoso.	10-15
.50%	Posible interrupción de la respiración y el latido del corazón.	10-15

Nota: CAS = Concentración de alcohol en sangre. Adaptado de "Alcohol. Health and medical issues today" por Myers, L. & Isralowitz, E. 2011.

Incluso algunas personas pueden experimentar los efectos del alcohol después de tomar menor cantidad de bebidas, y aunque en adultos mayores se desconocen los efectos exactos, se pueden suponer peores debido a una menor tolerancia y mayor sensibilidad a la sustancia asociadas a las condiciones de salud general.

Pese a tales particularidades, la cantidad de alcohol consumido es uno de los referentes obligado para dimensionar el estado de la cuestión. Para los años 2010 y 2017, en México se calculó un consumo per cápita de 12.7 (18 para hombres y 5.7 para mujeres) y 15.3 (19.7 para hombres y 7.1 para mujeres) litros de alcohol puro entre bebedores con 15 años o más respectivamente. Una prevalencia de episodios de consumo excesivo (60g de alcohol puro o 4-5 bebidas estándar) de 21.2% y 42.5% entre quienes consumieron al menos una vez en los últimos 30 días para los mismos años; porcentaje que se elevó a 49.3% al considerar solo a los bebedores entre 15 y 19 años en 2016. Al mismo tiempo se observó una ligera disminución en la prevalencia de trastornos por uso de alcohol en los últimos 12 meses, que pasó de 2.7% a 2.3%; y un mantenimiento de 1.3% en la proporción de dependencia, siempre con mayor afectación en hombres (WHO, 2014; 2018), lo que sugiere una incorporación constante de jóvenes a las filas de bebedores menos intensos.

Otro referente fundamental es la carga de morbilidad y mortalidad, recientemente en México se identificó el consumo de alcohol como responsable del 6.5% del total de muertes en el país y 5.2% de años de vida saludables perdidos, convirtiéndose en el principal factor de riesgo para cirrosis y otras enfermedades hepáticas (50%); así como para accidentes de tránsito (23%), no obstante la entrada en vigor del límite de CAS de 0.80 g/l o 0.40 mg/l en aliento espirado en la Ciudad de México y su tendencia a generalizarse en el país (GDF, 2013; Secretaría de Salud, 2010); además de su contribución a la presencia de desórdenes mentales y consumo de sustancias (20%). Tres de las principales causas de años de vida saludables perdidos estandarizados para el rango de edad de 15 a 49 (Gómez-Dantés et al., 2017).

Patrones de consumo de alcohol y problemas asociados

La existencia de diferencias poblacionales en cuanto a masa corporal promedio de los habitantes de un país, la susceptibilidad biológica de una persona a la sustancia, la condición de salud en un momento de la vida del consumidor, la condición de gravidez en las mujeres, además de las referentes al contexto cultural como las prácticas religiosas o celebraciones sociales, dificultan una demarcación clara entre los tipos de consumo basada en los diferentes estándares internacionales.

La tabla 2 resume algunas definiciones de los tipos de consumo formuladas por diferentes instancias internacionales, estadounidenses y por parte de investigadores mexicanos a lo largo de los últimos años, aunque en algunos casos las diferencias son sutiles, algunos han sido empleados con mayor frecuencia.

Tabla 2

Tipos de consumo

Instancia	Consumo	Definiciones
OMS	Nocivo	Consumo que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, quienes lo rodean y la sociedad, que se asocia a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales (OMS, 2010).
	Excesivo	Ingesta promedio por día de más de 60g de alcohol puro (4-5 bebidas estándar) para hombres y 40g (3 bebidas estándar) para mujeres; o 60g de alcohol puro al menos una ocasión en los últimos 30 días. (OPS, 2008).
	Consumo perjudicial	Pauta de consumo que afecta a la salud física o psíquica del consumidor.
	Riesgo	Patrón que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor, modelo de importancia para la salud pública. Cualquier consumo de alcohol en adolescentes es considerado riesgoso.
	Problemático	Patrón que provoca problemas individuales o colectivos, de salud o sociales.
	Episodio de consumo excesivo	Indicador de patrones peligrosos, fundamental para cuantificar los riesgos para la salud causados por el alcohol. Consumo de 60g o más de alcohol puro (más de 6 bebidas estándar en la mayoría de países) al menos una vez en los últimos 30 días (WHO, 1994).

Instancia	Consumo	Definiciones
NIAAA	Excesivo	Consumo que produce CAS de 0.08mg o más, generalmente alcanzable con 5 copas estándar para hombres y 4 para mujeres en 2 horas.
	Riesgo	Consumo que excede las 14 copas a la semana o 4 al día para hombres, y más de 7 a la semana o 3 al día para mujeres.
ARF	Excesivo	Consumo de más de 14 copas a la semana o más de 4 por ocasión para hombres o 9 y 3 para mujeres.
ASAM	De bajo riesgo o no excesivo	No más de 14 copas a la semana o 4 copas por ocasión para hombres o 7 y 3 para mujeres.
	Excesivo	Cinco o más copas por ocasión en hombres y cuatro o más para mujeres, al menos una vez en las dos semanas (Quiroga, 2008).
México	Riesgo	Patrón que coloca al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud o francas complicaciones físicas o psicológicas (A. D. Martínez et al., 2008). El riesgo depende de factores como edad, género, contexto de consumo, estado de salud (Quiroga, 2008)
	Menor riesgo	Consumo de no más de 9 copas de cualquier bebida alcohólica a la semana si se es mujer y no más de 12 si se es varón, no más de 1/h y en total no más de 4 por día si es varón y 3 si es mujer. Ninguna si se está enfermo, tiene problemas con el alcohol, es una mujer embarazada o que planea concebir (Medina-Mora et al., 2002).
	Consuetudinario	Consumo de 5 copas o más a la semana en una sola ocasión para hombres y 4 para mujeres.
	Diario	Consumo diario de una acopa de bebidas que contengan alcohol (INPRFM et al., 2017).

Nota: OMS = Organización Mundial de la Salud. NIAAA = *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. ASAM = *American Society of Addiction Medicine*. ARF = *Addiction Research Foundation* ahora parte del *Centre for Addiction and Mental Health*.

En México se ha venido construyendo una trayectoria de seguimiento epidemiológico del consumo de alcohol, además de otras sustancias, hecho evidente en las seis aplicaciones en hogares de la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en 1988, 1993, 1998, 2002, 2008, 2011, y su continuación en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; lo que ha permitido conocer los patrones de consumo en términos de cantidad, frecuencia y episodios de consumo por grupos poblacionales, así como la presencia de algunos problemas y costos que se les asocian.

Una tendencia constatada gracias a estas encuestas en población mexicana de 12 a 65 años es el aumento en el consumo excesivo de alcohol en el último año (28%-33.6%) y mes

(12.3%-19.8%), en el consumo diario (0.8%-2.9%) y consuetudinario (5.4%-8.5%), mientras que la dependencia llegó 2.2% (3.9% hombres y .06% mujeres). En población de 12 a 17 años, el consumo excesivo por año y mes también aumentaron (de 12.1% a 15.2% y de 4.3% a 8.3%), igual que el diario y consuetudinario (0.2%-2.6% y 1.0%-4.1%), con incrementos importantes entre las mujeres (de 8.6% a 14.9%, de 2.2% a 7.7%; y de <0.1% a 2.7% a 0.4%-3.9% respectivamente); y mayor afectación entre hombres (sin cambios en 15.5% para el último año y de 6.3% a 8.9% en el último mes, de 0.4% a 2.5% diario y de 1.7% a 4.4% consuetudinario), situándose la dependencia en 0.9% en hombres y 0.7% en mujeres.

Respecto a la percepción de riesgo, se registró una disminución entre los bebedores (36% hombres y 41% mujeres), frente a los no bebedores (47% hombres y 53% mujeres) de 12 a 17 años; que disminuyó entre los bebedores (39% hombres y 43% mujeres) frente a los no bebedores (41% hombres y 54% mujeres) de 18 a 29 años; al igual que entre los bebedores de 30 o más años (42% hombres y 49.1% mujeres) frente a los no bebedores (48.0% hombres y 52.5% mujeres).

Al incremento en los patrones de consumo y la disminución de percepción de riesgo del consumo, se le deben sumar los problemas asociados a la capacidad para trabajar o estudiar, principalmente entre los hombres de menor edad; así como afectaciones en la vida social y la realización de actividades domésticas entre las mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] et al., 2017).

Entre adolescentes mexicanos, también se ha documentado la influencia del consumo en cierto tipo de problemas, Mancha et al. (2012) informaron sobre la manera en que aumentó el uso de marihuana, los problemas legales y las relaciones sexuales sin protección en grupos de estudiantes de bachillerato, en función de la severidad del consumo de alcohol, que a su vez se asoció positivamente con la edad los participantes. Por otro lado, en un meta-análisis realizado por Borges et al. (2017), que comprendió información de 19 países, se reportó un

mayor riesgo de intentos de suicidio cuanto mayor fue el uso agudo de alcohol en población mexicana a partir de los 15 años, riesgo que se vio disminuido cuando el rango de edad se situó entre los 18 y 64 años.

Las lesiones intencionadas, autoinfligidas y no intencionadas asociadas al consumo de alcohol son otro tipo de problemas entre los jóvenes, en un estudio internacional multicéntrico con información de pacientes mayores de 18 años atendidos en servicios de emergencias, se reportó que en México el mayor riesgo de sufrir alguna lesión intencional se encontró en los hombres menores de 30 años, siendo las lesiones autoinfligidas más probables que las ocasionadas por alguien más. Llama la atención que los participantes no clasificados como dependientes al alcohol o que no bebían demasiado tuvieron más probabilidad de lesionarse después de beber, que aquellos clasificados con abuso en el consumo o dependencia, y que el consumo de una sola bebida alcohólica aumentó 3.3 veces el riesgo de sufrir alguna lesión, riesgo aumentado a 10 si el consumo reportado llegó a seis o más bebidas seis horas antes del percance (Borges, et al., 2006).

Lo anterior podría explicarse por la presencia de efectos agudos entre aquellos que no beben regularmente, lo que pone en mayor riesgo a los bebedores incipientes en el corto plazo, principalmente a los más jóvenes en nuestro país, sobre todo si consideramos que el promedio de la edad de inicio del consumo es de 17.9 años (16.7 hombres y 19.2 mujeres) y el consumo per cápita de alcohol puro en 2016 alcanzó los 4.9 litros (7.9 en hombres y 2.1 mujeres) cuya mayor proporción de consumo se concentró entre jóvenes 18 y 29 años de edad con 7.6 litros (INPRFM et al., 2017).

Problemas de alcohol en estudiantes preuniversitarios y universitarios

Además de presentar los mismos problemas típicamente asociados al consumo de la población general (resaca, sentimientos de culpabilidad y periodos de olvido, etc.), a los estudiantes se les pueden sumar los de índole específicamente académica, al respecto

Wechsler et al. (1995), encontraron un aumento en la probabilidad de perder clases y presentar retraso escolar como consecuencias asociadas al número de bebidas consumidas; el estudio es de particular importancia, por haber aportado evidencia sobre la cantidad diferenciada de bebidas estándar consumidas por hombres (cinco o más) y mujeres (cuatro o más) para alcanzar dichas consecuencias; cantidad que por otro lado, ha permanecido como referente de consumo excesivo por ocasión en un gran número de investigaciones, tanto en población estudiantil como abierta en los últimos 20 años.

Más aún Wechsler et al. (1998) reportaron asociaciones entre la frecuencia de consumo y la pérdida de clases, retraso en la entrega de trabajos, resultados deficientes en los exámenes y calificaciones más bajas en uno de cada cuatro estudiantes, y seis veces más probabilidad de obtener bajo rendimiento en una prueba o proyecto escolar, entre quienes consumieron tres veces por semana en comparación con quienes bebieron menos veces. No obstante que para algunos autores como Thombs et al. (2009), las consecuencias académicas resultan poco relevantes para los universitarios estadounidenses. A pesar de las 1,825 muertes (R. W. Hingson et al., 2009), 696,000 agresiones y 97,000 reportes de asalto sexual por año, relacionados con el consumo de alcohol de estudiantes entre 18 y 24 años de edad (R. Hingson et al., 2005).

Aspectos tanto de desarrollo como culturales también influyen en la forma de consumir de los universitarios, por ejemplo, un momento de vulnerabilidad para el consumo excesivo entre estudiantes estadounidenses, ocurre al ingresar a la universidad, especialmente por la búsqueda de afiliación a fraternidades o hermandades estudiantiles, donde miran una oportunidad para la socialización, el ejercicio de liderazgo, la participación comunitaria, pero también como espacio donde se recompensa socialmente el consumo excesivo de alcohol (Scott-Sheldon et al., 2016), lo que contribuye a una larga lista de consecuencias negativas.

O como los refiere Perkins (2002) daños a sí mismo como autolesiones, deterioro académico, lagunas mentales y muerte, enfermedades físicas a corto y largo plazo, actividad sexual involuntaria y sin protección, suicidio, coacción sexual, victimización por violación, conducción errática, repercusiones legales, deterioro del rendimiento atlético; daños a otras personas, por ejemplo, daños a la propiedad privada y vandalismo, peleas y violencia interpersonal, violencia sexual, incidentes relacionados con el odio, disturbios de la paz pública; y costos institucionales tales como el daño a la propiedad de la institución, desgaste estudiantil, pérdida del rigor académico percibido, mayor demanda de tiempo y tensión emocional del personal y costos legales.

En México hay un esfuerzo creciente para entender y abordar la forma de consumo de estudiantes preuniversitarios y universitarios. Desde una aproximación cualitativa Reidl et al. (2012) han planteado que los significados culturales construidos en torno al consumo de alcohol al interior de los campus universitarios, influidos por la baja percepción del riesgo y alta tolerancia social del consumo (Villatoro et al., 2002), son de particular importancia en el proceso de apropiación del entorno por el estudiantado, que se vuelve propicio para la expresión de la subjetividad individual y de grupos, donde se conforma, transforma y reconstruye la identidad de estos jóvenes, dando paso al surgimiento de un sentido de pertenencia capaz de regular el comportamiento negativo (violento, acosador o delictivo asociado al consumo en otros lugares, pero no observables de manera consistente en los universitarios), con el fin de mantener esos espacios disponibles, accesibles y seguros para tal actividad.

Por otro lado Mora-Ríos y Natera (2001) reportaron datos cuantitativos respecto a las expectativas sobre consumo de alcohol, alto consumo de alcohol y presencia de problemas en el último año en estudiantes de universidades públicas y privadas, informaron sobre las expectativas del alcohol como facilitador de la interacción grupal, como reductor de la tensión

psicológica y como agente que incrementa la conducta agresiva se relacionaron con un consumo de alcohol más alto, pero prestaron poca atención a la presencia de los problemas asociados.

Díaz et al. (2008) lo hicieron respecto del consumo riesgoso y dañino de alcohol (CRDA), que definieron “como un patrón de consumo de bebidas embriagantes que colocan al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o que desemboca en francas complicaciones físicas y/o psicológicas (accidentes, victimización, violencia, etc.)” (p. 274); reportando una prevalencia de entre 11% y 18% entre los estudiantes de nuevo ingreso, con mayor presencia en hombres (17% y 27%) que en mujeres (6% y 11%), sin embargo, el estudio se centró en el nivel de riesgo de ser afectado por CRDA en función de ciertas variables sociodemográficas, aunque no se hace mención de problemas psicológicos específicos.

Posteriormente M. R. Díaz et al. (2012) reportaron resultados sobre la disminución en el porcentaje de bebedores, a expensas del aumento en diferentes formas de consumo entre los estudiantes de nuevo ingreso al bachillerato y licenciatura durante los años 2005 (N=53,372) y 2006 (N=56,372), al pasar los abstemios del 47% al 38%, mientras el consumo peligroso pasó de 6% a 8%, y el dañino de 8% a 10%; además de la presencia de algún tipo de alteración en el rendimiento académico de consumidores excesivos, categoría entendida como la suma de del consumo dañino, peligroso y dependencia. Aunque un estudio más reciente reveló que tan solo la dependencia al alcohol entre universitarios mexicanos, ocupó el cuarto lugar de prevalencia a lo largo de la vida (8%) y en los últimos 12 meses (6.8%), de entre seis padecimientos relacionados con salud mental (Benjet et al., 2019).

En términos generales, el cambio en la proporción de usuarios de alcohol en función de una temporalidad específica, ilustra la variación en las formas de consumo entre los jóvenes según una combinación de factores personales, interpersonales, sociales, contextuales y culturales, a los que se agrega la actual condición pandémica y de confinamiento (Medina-Mora

et al., 2020; OPS & INEBRIA, 2020), que influyen en el inicio, uso continuado o incremento en el consumo de alcohol, solo o en combinación con otras sustancias.

Estrategias de atención en instituciones de educación superior

Que los campus escolares se configuren como escenarios de consumo no es un problema menor para las instituciones educativas, sobre todo ante el hecho de que las formas menos extremas del consumo y por tanto menos visibles sean las más extendidas; además de la afirmación del 65% de estudiantes que definitiva o probablemente emplearían los servicios de atención ofrecidos en sus respectivas escuelas (Benjet et al., 2019), y la baja disponibilidad de tales servicios en las instituciones educativas mexicanas.

Una herramienta útil para universidades y colegios estadounidenses ha sido la Matriz de Intervenciones para Alcohol en el Colegio (*CollegeAIM* por sus siglas en inglés), ésta ayuda a elegir las mejores estrategias preventivas para consumo perjudicial y consumo en menores de edad, comparando su eficacia relativa, la relación costo - beneficio y las barreras para la adopción e instrumentación de una amplia gama de intervenciones basadas en la evidencia, además de proporcionar sugerencias para evaluar las estrategias adoptadas.

Esta guía está organizada en dos matrices, la primera refiere 24 estrategias individuales: farmacológicas y de atención profesional especializada, y psicosociales de corte cognitivo-conductual y de mejora motivacional; 16 de las cuales muestran algún nivel de efectividad para consumo nocivo, riesgoso y problemático. Cuenta con información sobre su eficacia, determinada por la proporción de estudios que reportaron cualquier efecto positivo, especialmente en ensayos controlados; costo de los programas relativo al personal necesario para su aplicación, instrumentación y mantenimiento; barreras para su adopción como costos y oposición; alcance en la salud pública, es decir, cantidad de estudiantes que las estrategias pueden beneficiar; y modalidad de entrega, personal, personal en grupo, en línea y fuera de la institución.

La segunda matriz refiere 36 estrategias medioambientales, 19 cuentan con algún grado de éxito para lograr resultados específicos, su efectividad fue consensada por un grupo de 16 expertos independientes (Cronce et al., 2018) en función del costo del personal para su adopción, instrumentación y mantenimiento; las barreras para su instrumentación a nivel de las universidades, gobiernos locales y estatales; el alcance amplio o focalizado en materia de salud pública; además del número de estudios realizados en torno a cada estrategia (Department of Health & Human Services & NIAAA, 2019).

Las estrategias de nivel individual aspiran a producir cambios en las actitudes o comportamientos relacionados con el consumo de alcohol en lugar de los entornos en los que éste se produce, el resultado esperado es la reducción en cuanto a frecuencia, cantidad o concentración de alcohol en sangre, o la disminución de conductas de riesgo relacionadas con el alcohol para reducir las consecuencias perjudiciales de su consumo; sin embargo, aún es muy escasa la evidencia que permita tomar decisiones sobre lo apropiado de estas u otras intervenciones para el contexto sociocultural de los estudiantes mexicanos.

Mientras las estrategias medioambientales tienen como objetivo modificar el entorno de consumo en los campus o comunidades, están dirigidas a grandes subgrupos de la población y consisten en reducir la disponibilidad de alcohol dentro de sus instalaciones, aunque varias de ellas necesitan apoyo de instancias externas para su aplicación, tal como la prohibición de venta de alcohol a menores de 21 años, o en actos deportivos en instalaciones universitarias. Estrategias ajenas al contexto universitario de nuestro país donde el consumo de alcohol está prohibido sin excepción, lo que no impide que incluso estudiantes menores de edad, puedan conseguirlo e introducirlo a las instalaciones, o en su defecto acceder a contextos privados donde la venta de alcohol, o el lugar mismo de consumo comúnmente cercano a los campus, sea clandestino (Reidl et al., 2012).

Una revisión de páginas electrónicas institucionales de algunas de las universidades más prestigiosas en EUA (U.S. News & World Report, 2020), permitió identificar la existencia de servicios de atención para consumo de alcohol (concordantes con *CollegeAIM*) y otras drogas; entre ellos, la detección del nivel de riesgo de consumo o *screening* en línea; consejería personal o en grupo y atención breve individualizada o en grupo desde diferentes aproximaciones teóricas; consultoría profesional en el campus o en servicios especializados de bajo costo en hospitales universitarios; y sistemas de referencia a instituciones de salud y consultores privados certificados. La tabla 3 concentra información sobre el propósito y actividades de los servicios o programas instrumentados en algunas de esas universidades, cabe destacar la existencia de al menos un programa en el conjunto de instituciones consultadas.

Tabla 3

Programas universitarios de atención al consumo de sustancias en EUA

Universidad	Servicio / Programa	Propósito	Actividades
Princeton University	University Health Services/Limits Matter	Proporcionar recursos para toma de decisiones sobre el alcohol e importancia de la intervención del espectador.	Entrenamiento en habilidades sociales.
Harvard University	Counseling and Mental Health/ Drugs & alcohol Peer Advisors	Proporcionar asesoramiento y apoyo de salud mental, trabajo conjunto estudiantes-universidad.	Evaluación, asesoramiento a corto plazo, derivación a terapeutas privados.
Yale University	Alcohol and Other Drugs Harm Reduction Initiative	Minimizar el daño por uso de alcohol y otras drogas.	Autoevaluación en línea, atención individual y grupal.
Stanford University	Office of Alcohol Policy and Education / Student Affairs	Mejorar educación sobre consumo de alcohol y reducción de riesgos. Recopilar datos para evaluación continua de tendencias y necesidades.	Educativas e informativas.

Un ejercicio semejante se realizó con las veinte universidades integrantes de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ubicadas en la Ciudad de México, llama la atención que sólo el 30% de éstas hagan referencia a algún programa o servicio de atención al consumo de alcohol o drogas, siendo la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la que cuenta con las iniciativas mejor definidas, e instrumentadas a través de las Facultades de Medicina y Psicología. La tabla 4 sintetiza la información correspondiente a cada una de ellas.

Tabla 4

Programas universitarios de atención al uso de sustancias en Ciudad de México

Universidad	Servicio/Programa	Propósito	Actividades
Universidad Nacional Autónoma de México	Facultad Medicina. Depto. Psiquiatría y Salud Mental / Clínica de Atención Integral para las Adicciones	Atención psiquiátrica pertinente para problemáticas de salud mental asociadas al consumo.	Valoración de conductas adictivas y atención individual. Atención de comorbilidades.
	Facultad Psicología. Programa de Conductas Adictivas	Atención a la comunidad en riesgo o con presencia de problemas de alcohol, tabaco o farmacodependencia.	Diagnóstico, prevención, orientación, tratamiento, rehabilitación, evaluación y seguimiento de conductas adictivas.
	Facultad Psicología. Espacio Digital de Prevención de Adicciones	Proveer información objetiva sobre las principales drogas de abuso.	Educativas e informativas, Autoevaluación del nivel de riesgo en línea.
	Facultad Psicología. Centro de Prevención en Adicciones	Prestación del servicio de atención psicológica a usuarios de sustancias.	Consejo, intervención y tratamiento breve individual.
Instituto Politécnico Nacional	Orientación juvenil / Orientación para la Salud	Mejorar relaciones interpersonales y con el medio social.	Atención individual.
Universidad Autónoma Metropolitana	Departamento de Apoyo Psicológico por Teléfono	Información y consejería sobre problemas emocionales.	Consejería e información sobre alcohol y drogas en línea.
Universidad Intercontinental	Sin especificar	Identificar herramientas psicosociales para una vida libre de	Instruccionales y formativas.

Universidad	Servicio/Programa	Propósito	Actividades
		adicciones.	
Universidad Panamericana	Protocolos para Consumo de narcóticos	Mantener un entorno seguro y de sana convivencia.	Taller de estrategias de atención a la drogodependencia.

Como complemento de dichos esfuerzos, desde 2005 la UNAM ha llevado a cabo un proceso institucional de evaluación de la salud en todos los estudiantes de nuevo ingreso a nivel licenciatura, a través del Examen Médico Automatizado (EMA) que cuenta con una sección específica sobre consumo de alcohol (Fernández-Varela et al., 2005), cuyos resultados permiten canalizar a los servicios de atención dentro de la propia institución.

Servicios que se han venido reformulando desde la fundación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental hace seis décadas, hasta la puesta en marcha en 2018 de la Clínica de Atención Integral para las Adicciones (UNAM Global TV, 2018); pasando por el Programa de Conductas Adictivas, caracterizado por emplear una aproximación cognitivo-conductual-motivacional de atención escalonada (Quiroga et al., 2007); o el Espacio Digital de Prevención de Adicciones, desarrollado por el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, dirigido a estudiantes universitarios entre 15 y 22 años, con un enfoque basado en la evidencia (Facultad de Psicología-UNAM, 2013); sin embargo, no fue posible ubicar resultados publicados de estos programas.

La excepción se encuentra en Centro de Prevención en Adicciones, a juzgar por la producción de tesis de grado y posgrado dedicadas a adaptar y probar diferentes modelos y programas de intervención, de los cuales destaca el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (M. Martínez et al., 2009; M. Martínez, et al., 2010; M. Martínez et al, 2008; Rodríguez et al., 2017; Salazar et al., 2009), así como el Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala et al., 1997; 1998;

Echeverría et al., 2005), en tanto cuentan con respaldo empírico en población universitaria y abierta de jóvenes sin dependencia.

Más recientemente la UNAM impulsó un proyecto multidisciplinario de gran calado (Reidl, 2012a, 2012b) para desarrollar modelos preventivos y de intervención en conductas adictivas, con el objetivo de mantener un diagnóstico actualizado que permitiera conocer los elementos que facilitan el abuso de sustancias, y así, impulsar factores de protección, identificar estudiantes con problemas y continuar acercándolos a programas adecuados a sus necesidades de manera oportuna.

En resumen, el aumento en los patrones de consumo de alcohol en estudiantes adolescentes y adultos jóvenes; especialmente en las formas menos agudas que han alcanzado entre las mujeres niveles semejantes a los de los hombres y la diversidad de consecuencias que se les asocia, es un problema omnipresente en las instituciones educativas de nivel medio superior y superior de nuestro país, que muestra un comportamiento diferenciado en comparación con segmentos etarios semejantes en población abierta. No obstante, su detección y atención siguen siendo limitadas a pesar de la disponibilidad de un número creciente de alternativas probadas y disponibles en la literatura internacional, algunas de ellas susceptibles de ser instrumentadas en el contexto mexicano.

Modelos explicativos para consumo de alcohol

En esta parte del trabajo se expondrán tres de los modelos psicosociales más destacados en la explicación del inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, que han recurrido a un conjunto de diferentes variables sociales, cognitivas y personales, entre otras, que han sido más o menos incorporadas en diferentes modelos de intervención psicosocial buscando reducir los daños asociados al consumo, disminuirlo o hacer que cese.

Teoría del comportamiento planificado

Esta teoría aborda la formación de intenciones recurriendo a actitudes, normas subjetivas y el control del comportamiento percibido; está diseñada para permitir la predicción y explicación del logro del comportamiento teniendo en cuenta los antecedentes motivacionales y otros factores parcialmente bajo control volitivo de los individuos. Su punto de partida fue el análisis minucioso de problemas teóricos y empíricos sobre los conceptos de rasgo, de los teóricos de la personalidad, y actitud, de los psicólogos sociales, ambos concebidos como disposiciones duraderas con influencia sobre el comportamiento de las personas en una amplia variedad de circunstancias (Ajzen, 1987).

El problema teórico fundamental radica en que actitudes y rasgos son disposiciones latentes que deben inferirse de las respuestas observables y de las diferentes manifestaciones del comportamiento, sin embargo, estos constructos no mostraron correspondencia alta entre sí, sin importar si se medían de manera directa por observaciones o indirecta por autorreportes. Se evidenciaron inconsistencias entre las muestras de conductas y el dominio conductual del que eran extraídas; así como en la estabilidad del comportamiento medido que cambió a través del tiempo bajo una misma situación; y por la presencia del mismo dominio de comportamiento bajo situaciones diferentes al generar correlaciones bajas entre las mediciones de cada constructo con el desempeño de los comportamientos, fundamental para predecir disposiciones conductuales específicas mediante rasgos de personalidad o actitudes generales.

Para resolver estos problemas se propuso el principio de agregación de comportamientos específicos en ocasiones, situaciones y formas de acción. Éste supone que cualquier muestra individual de comportamiento refleja no solo la influencia de una disposición general relevante, sino también la influencia de varios factores únicos de la ocasión, situación y acción particulares observados; al agregar diferentes comportamientos observados en diferentes ocasiones y en diferentes situaciones, estas otras fuentes de influencia tienden a

cancelarse entre sí, dicho agregado ayuda aumentar la consistencia de las medidas a la vez que representa una medida más válida de la disposición de comportamiento subyacente que cualquier comportamiento individual (Ajzen, 1991), sin embargo este principio no permite comprender los factores que influyen en el desempeño o incumplimiento de una acción dada (Ajzen, 1987).

Para resolver el problema de la forma en que una disposición general se refleja en una acción abierta, el autor se apoya en el razonamiento de las variables moderadoras, asume que las actitudes o rasgos de la personalidad en el comportamiento interactúan con los efectos de otras variables, que a su vez agrupa en cuatro grandes categorías: (a) características del individuo, (b) características específicas de la disposición, (c) circunstancias que rodean el desempeño del comportamiento y (d) la naturaleza del comportamiento seleccionado.

Para el caso de las diferencias individuales como moderadoras entre disposiciones y comportamiento, acepta que solo se puede suponer la existencia de consistencias para algunos individuos, pero no para otros, vinculada al dominio de un comportamiento dado; aunque reconoce que es posible identificar características de personalidad que predisponen a ciertos individuos y a otros no, a exhibir tal consistencia independientemente del dominio de comportamiento considerado.

Características asociadas a las actitudes como su fuerza y dirección, estructura interna (tendencias de respuesta cognitiva, afectiva y conativa), cantidad de información disponible y tiempo para reflexionarla, interés, confianza y experiencia previa directa, en la realización del comportamiento específico, también afectan el comportamiento manifiesto a nivel individual.

Del mismo modo, se han investigado variables mediadoras de carácter situacional bajo el supuesto de que diferentes indicadores de la misma disposición serán más consistentes entre sí en algunas situaciones que en otras, esto se refiere a los requisitos de competencia frente a la situación dada, que implica una combinación de variables situacionales y personales

donde la consistencia de la conducta en las situaciones a menudo refleja su rigidez. Un moderador más obvio es la restricción situacional, que se refiere al contexto de relación interindividual, sin embargo, es más complicado determinar el aporte y validez predictiva de una actitud o rasgo en la acción particular, puesto que debe ser tomada como indicador de una disposición subyacente, por ejemplo, deshonesto, altruista, compasivo, prejuicioso, etc.

Para Ajzen es correcta la lógica de buscar variables moderadoras para predecir comportamientos específicos, sin embargo hay dos factores que complican la búsqueda, el primero es el número potencialmente ilimitado de variables que pueden moderar la relación entre disposiciones generales y acciones específicas, y el segundo es la probabilidad de que los efectos moderadores de una variable dependan de otros moderadores, ocultando las interacciones sistemáticas más básicas entre las disposiciones y factores moderadores de orden inferior, de tal manera que se necesita un marco teórico sistemático que incluya un número relativamente pequeño de variables predictoras y que especifique las formas en que se espera que afecten el comportamiento humano (Ajzen, 1987).

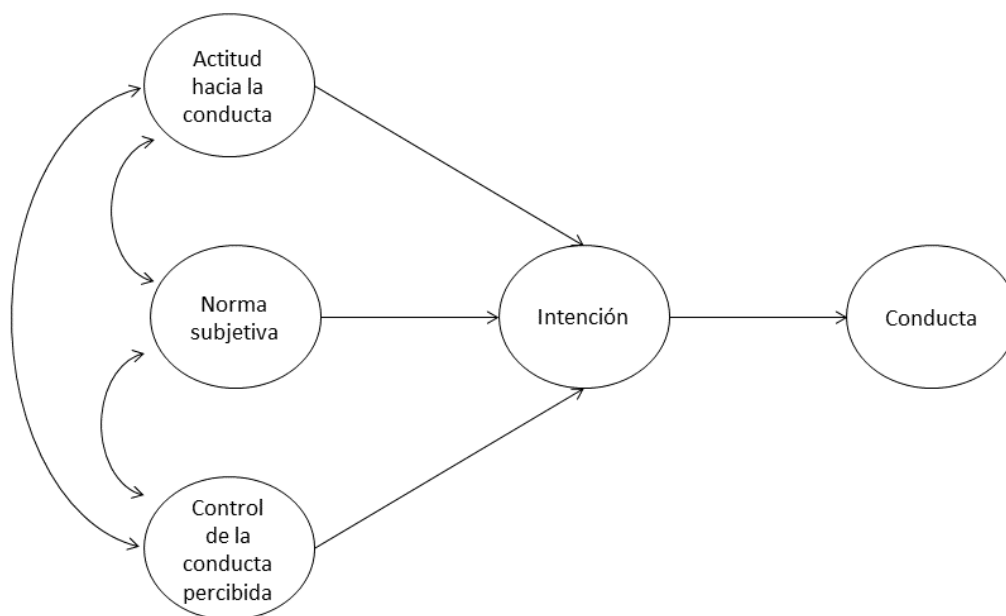
La teoría del comportamiento planificado, como extensión de la teoría de la acción razonada, es un intento por proveer un marco conceptual donde el factor central es la intención del individuo para realizar un comportamiento, esta disposición del comportamiento está estrechamente relacionada con las acciones correspondientes y permanece como tal hasta el momento adecuado y oportuno en que se intenta traducir la intención en acción.

En resumen, la teoría postula tres determinantes o factores motivacionales del comportamiento que están mediados por la intención, uno es la actitud hacia el comportamiento, es decir, el grado en que una persona tiene una evaluación favorable o desfavorable de la conducta en cuestión; otro es un factor social llamado norma subjetiva que se refiere a la presión social percibida para realizar o no el comportamiento; y uno más, no incluido en la formulación original, es el control conductual percibido que se refiere a la

factibilidad o dificultad percibida por el individuo de realizar el comportamiento en cuestión, y refleja la experiencia, impedimentos y obstáculos previstos para su realización (Ajzen, 1991). La figura 2 muestra una representación estructural de esta teoría.

Figura 1.

Estructural de la teoría del comportamiento planeado



Adaptado de "The Theory of Planned Behavior", por I. Ajzen, 1991. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), p. 182 ([https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)).

Evidencia reportada en metaanálisis recientes apoya la utilidad del modelo para predecir y cambiar conductas de dominios específicos como reducción de alcohol, nutrición, actividad física, comportamiento sexual, higiene, comportamiento laboral y escolar, Steinmetz et al. (2016) reportaron tamaños del efecto promedio de 0.50 para cambio de comportamiento, y de 0.14 a 0.68 en las variables precedentes a la intención; mientras R. Cooke et al. (2016) confirmaron que las actitudes hacia la conducta problema tuvieron la relación más fuerte con la intención y que la intención tuvo la relación más fuerte con el comportamiento de consumo.

Rodríguez-Kuri, et al. (2007) informaron que, en estudiantes de secundaria en Ciudad de México, la percepción de control conductual resultó la variable con mayor capacidad predictiva, tanto de la intención como de la conducta de consumo de drogas ilícitas, resultando las normas subjetivas el componente más débil del modelo.

Teoría de la conducta problema

Este planteamiento de Richard Jessor se considera una teoría científica de rango medio, es decir, es una teoría relevante para un dominio circunscrito de la acción social, que se ubica entre las teorías totalizadoras generales y las descripciones detalladas de particularidades no generalizables. Es un marco conceptual sociopsicológico nacido en 1958, de un estudio triétnico sobre abuso de alcohol desarrollado en Colorado, EUA.

Apoyado de herramientas conceptuales sociológicas, psicológicas y metodológicas de la antropología, Jessor y sus colaboradores desarrollaron un marco interdisciplinario explicativo de las variaciones intra e inter de cada grupo étnico, el estudio mostró que las características de la personalidad conceptuadas a nivel social y psicológico, como creencias, valores y expectativas relativamente duraderas, podrían proporcionar una explicación sustancial de la variación en el consumo de alcohol; esto en franca oposición con la argumentación de Ajzen (1991) sobre la inconsistencia de predecir disposiciones conductuales específicas a partir de rasgos generales de personalidad.

Otro hallazgo tuvo que ver con variables llamadas de control social y personal (formales e informales) para explicar la transgresión normativa, que llevó a Jessor y sus colegas a hacer una distinción sobre la importancia de variables distales y proximales para predecir una variable criterio, en este caso el consumo excesivo de alcohol. Descubrieron que las variables que predicen un criterio con mayor fuerza son generalmente aquellas que lo implican directamente, y aunque las variables distales especificadas teóricamente se relacionen con la variable de

criterio, estas cobran una importancia particular al adquirir un valor explicativo que sirve de guía al proceso de investigación.

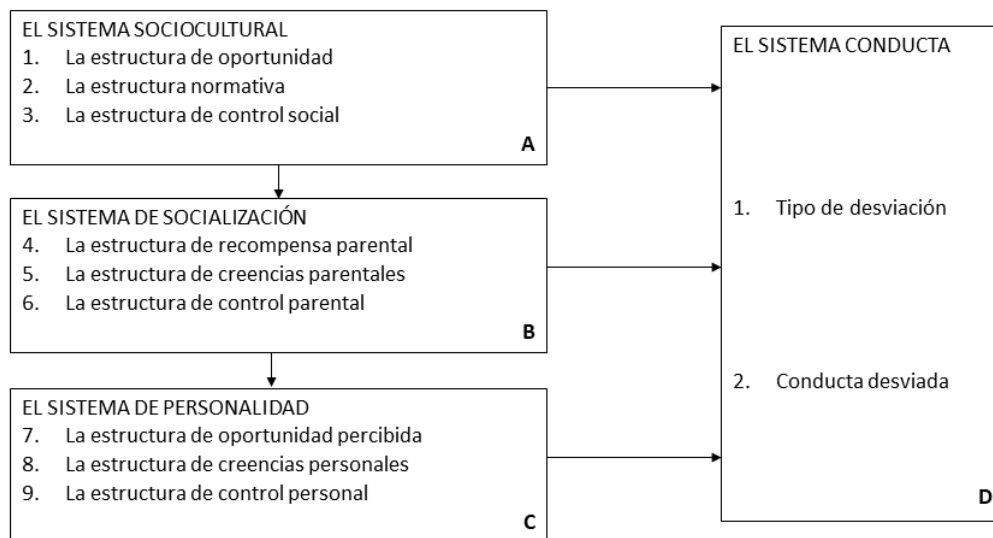
Para ello desarrollaron una conceptualización del ambiente social con tres estructuras de influencia social sobre la probabilidad de ocurrencia de la conducta problema: una estructura de oportunidad definida por el acceso limitado a objetivos valorados por la comunidad; una estructura normativa consistente en la falta de acuerdo sobre las formas apropiadas de comportamiento o bajo control normativo contra el involucramiento de la conducta problema; y una estructura de control social que posibilita el acceso a la conducta problema o control atenuado. La diferencia en el comportamiento problemático entre los tres grupos étnicos en la comunidad se debería a las diferencias de posiciones en la ecuación del balance entre instigadores motivacionales y controles implícitos en esas tres estructuras del entorno social.

Para dar cuenta de las diferencias intragrupo desarrollaron una concepción sobre la persona, coherente con la estructura del entorno social, recurriendo a las variables sociocognitivas de valor y expectativa de la teoría del aprendizaje social de Julian B. Rotter, que generan una disyuntiva al momento de elegir cómo se actuará, éstas se convirtieron en la estructura de oportunidad percibida; las variables creencias en el control interno-externo y alienación, se constituyeron como la estructura de creencia personal; y la intolerancia a la conducta desviada la transformaron en la estructura de control personal (Jessor, 2016).

De la integración de estas conceptualizaciones y la medición de cada variable para averiguar su convergencia en tres cohortes independientes (estudio que llamaron de socialización cuyo objetivo fue minimizar la ambigüedad inferencial), surgieron los sistemas del ambiente sociocultural, de socialización y personalidad que funcionan como determinantes del sistema conducta, la relación entre las variables de cada sistema y entre los sistemas están representadas en la figura 2.

Figura 2

Marco sociopsicológico general para el estudio de la desviación



Adaptado de "Problem Behavior Theory over the Years" por R. Jessor, 2016, The origins and development of problem behavioral theory: The collected works of Richard Jessor. Vol. 1, p. 20.

Más tarde Jessor (1987) publicó una revisión de su teoría a raíz de la insuficiencia del estudio triétnico, buscando establecer relaciones de causalidad sólidas, se apoyó en el resultado de dos estudios longitudinales de cuatro años de seguimiento a estudiantes, de la adolescencia temprana a la adultez temprana. El reto fue semejante al estudio anterior, construir una teoría del entorno social y de la persona que permitiera explicar y predecir la ocurrencia e intensidad del involucramiento de los estudiantes en conductas problema, es decir, aquellas que se alejan de las normas sociales y jurídicas de la sociedad en general, conductas socialmente desaprobadas por instituciones de autoridad, que tienden a provocar alguna forma de respuesta de control social, en forma de reprimenda leve, rechazo social o encarcelamiento.

En este caso el interés se centró en el ambiente social percibido, es decir, en el entorno con más significado de acuerdo con cómo lo mira el propio adolescente, donde percibe el apoyo, control, influencia y aceptación o no aceptación de la conducta problema de parte de

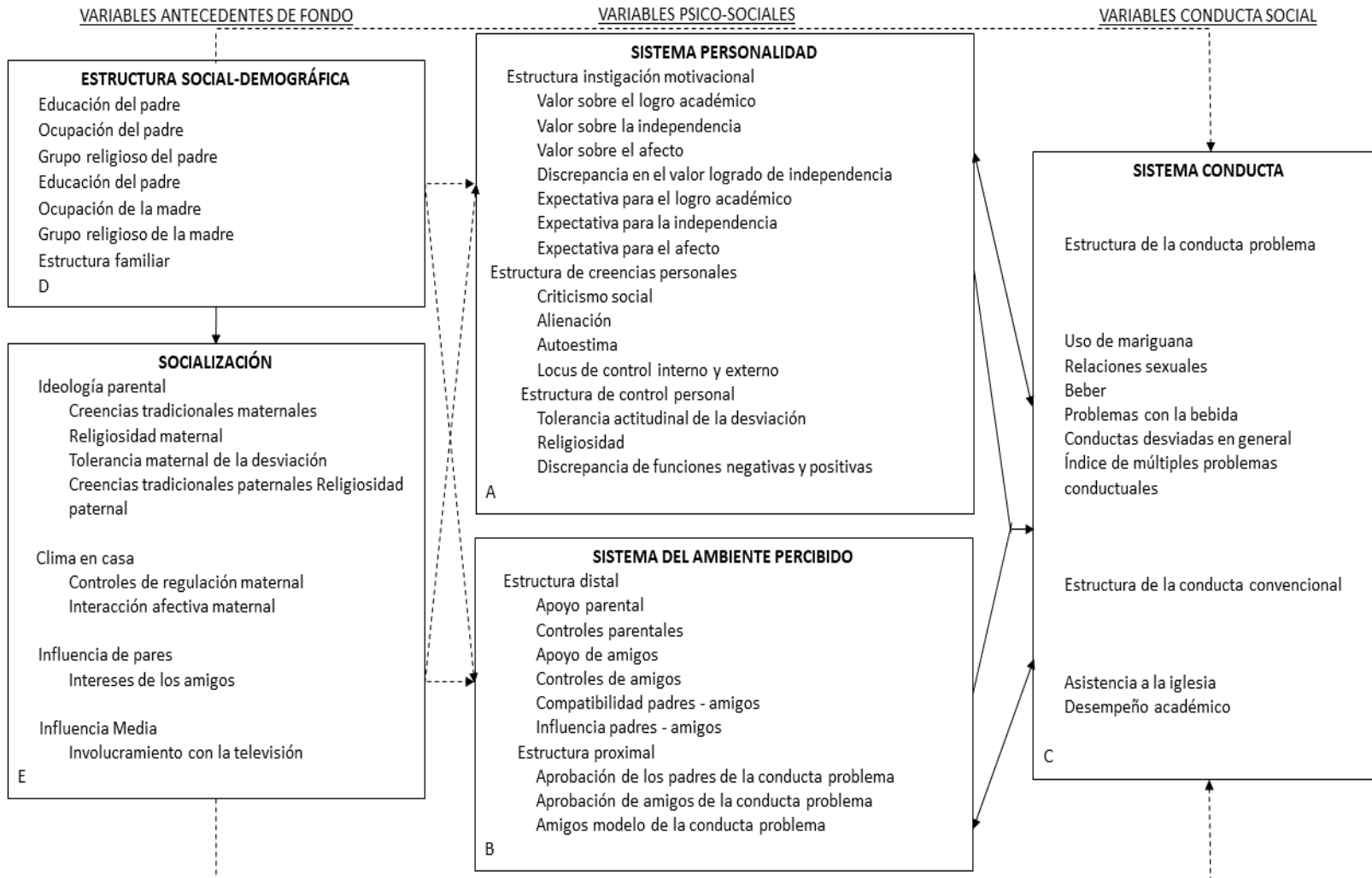
sus padres, maestros, amigos y compañeros, agrupando estas variables en estructuras distales y proximales.

El sistema de personalidad se construyó con tres estructuras de variables sociocognitivas: la estructura de instigaciones motivacionales, la estructura de creencias personales y la estructura de control personal igual que en el estudio anterior. El sistema conducta comprende una estructura de comportamiento problemático y una de comportamiento convencional o prosocial. A los procesos de socialización deja de llamarlo sistema e intenta determinar su influencia en el desarrollo y comportamiento de los adolescentes, como se ve en la figura 3.

El resultado de los estudios transversales y longitudinales con universitarios y preparatorianos resultaron coincidentes con el estudio triétnico, probaron que la variación en el sistema de personalidad y la variación en el sistema del ambiente percibido dan cuenta de la variación en la conducta problema y, en conjunto, proporcionan una explicación más sólida que cualquiera de los dos por separado; se derivaron además, conceptos de utilidad teórica como los de propensión a la conducta problema, propensión de la personalidad, propensión del ambiente percibido, entre otras referidas a la probabilidad de involucrarse en conductas problema, donde alguno de los sistemas mantiene cierta preeminencia; así como un concepto más al que Jessor llamó síndrome de la conducta problema, sostenida por la covariación o coocurrencia de dos o más conductas problema.

Figura 3

Estructura conceptual de la teoría de la conducta problema



Adaptado de "Problem Behavior Theory over the Years" por R. Jessor, 2016, The origins and development of problem behavioral theory: The collected works of Richard Jessor. Vol. 1, p. 23

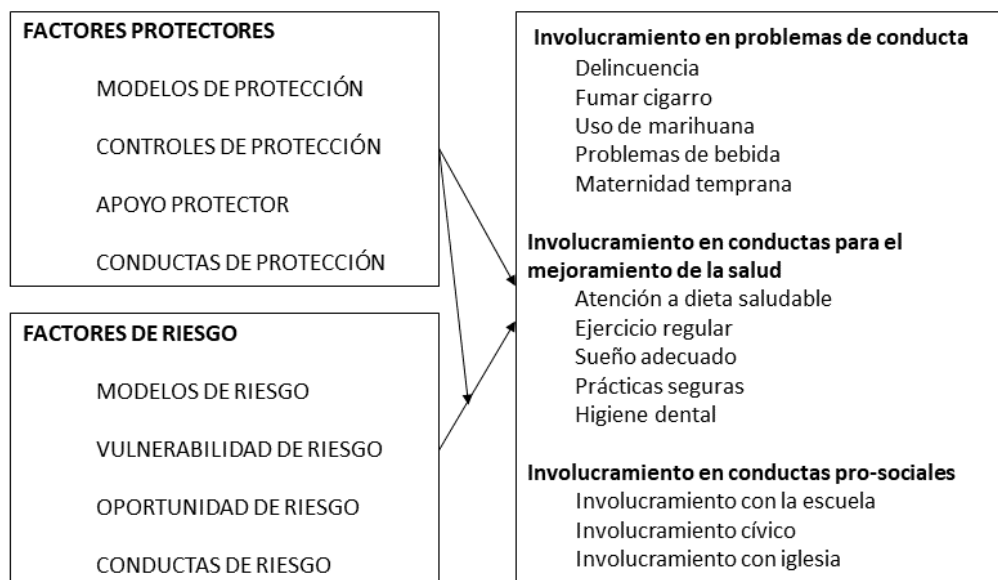
Esta teoría que explica cómo participan las conductas problema en la adaptación y desarrollo de los adolescentes, en los años 80 entró en fase de expansión hacia dominios del comportamiento juvenil referido a su salud; conductas problema como fumar, abusar del alcohol o la actividad sexual temprana, comenzaron a verse como conductas que comprometen la salud más que como transgresiones normativas, y en sentido inverso, ciertas conductas no problemáticas asociadas a la salud como la alimentación, cuidado del peso, actividad física, también se vieron como regidas por normas sociales, arribando así al concepto de estilos de vida, relativo a la manera de pensar, creer y comportarse de un individuo en cualquier contexto, que representa la forma general de estar en el mundo de un adolescente (Jessor, 2018).

A la par se abordó el desarrollo exitoso de jóvenes en condiciones adversas, de desventaja, en peligro de no poder permanecer en la escuela, de no lograr progresos, de no poder evitar el involucramiento excesivo con conductas problemáticas, el embarazo temprano y la participación en pandillas, lo que condujo a la formulación de los factores psicosociales distales y proximales de riesgo para el inicio y mantenimiento o intensificación de la conducta de riesgo; y los factores psicosociales de protección, cuya función sólo se despliega bajo condiciones de riesgo, mientras que en su ausencia funcionan como promotores de conductas positivas y prosociales que moderan el impacto de la exposición a los factores de riesgo (Jessor et al., 1998).

Fue el papel moderador de estos factores lo que permitió cambiar de un modelo de regresión aditivo, en lo que respecta a las instigaciones motivacionales y los controles sociales y personales, a un modelo interactivo de relación de riesgo y protección (Jessor, 2016). Diferentes investigaciones transculturales han aportado evidencia del potencial de generalización del modelo explicativo y predictivo en china (Jessor et al., 2010; Jessor et al., 2003; Turbin et al., 2006) y Kenia (Kabiru et al., 2012) donde el consumo de alcohol tiene lugar como conducta problema, la figura 4 muestra la forma general del modelo.

Figura 4.

Modelo explicativo para conductas de riesgo adolescente



Adaptado de "Problem Behavior Theory over the Years" por R. Jessor, 2016, The origins and development of problem behavioral theory: The collected works of Richard Jessor. Vol. I, p. 34

Teoría sociocognitiva del abuso de sustancias

Este modelo igual que los anteriores, alejado de la idea del comportamiento de los seres humanos motivado por pulsiones inconscientes, o por el establecimiento de conexiones causales entre estímulos y respuestas a través de la recompensa y el castigo de sus consecuencias, pasa de pensar al ser humano como un ente con poca o nula capacidad de influir en la direccionalidad de su proceder, a colocarlo como un actor con agencia personal, esta es la idea fundamental de la teoría social cognitiva.

Desde esta perspectiva ser un agente es hacer que las cosas ocurran intencionalmente por medio de las propias acciones, es influir en el funcionamiento y las circunstancias de la vida y no sólo ser el producto de éstas, las personas son *proactivas*, es decir previenen y planifican. Regulan sus acciones mediante estándares personales de influencia autorreactivos, es decir, son *autorreguladas*. Buscan hacer aquello que les da satisfacción y un sentido de autoestima

mientras se abstienen de realizar actos autocensurables, son *autoorganizadas*. Examinan su propio funcionamiento como un acto de *autoconciencia reflexiva*, someten a juicio su eficacia personal, acciones y pensamientos, así como el significado de sus actividades para realizar ajustes correctivos.

Para entender mejor esta idea se deben hacer dos consideraciones, la primera es que el funcionamiento humano está arraigado en los sistemas sociales, por lo tanto, la agencia personal opera dentro de una amplia red de influencias socioestructurales. La segunda es que pueden distinguirse tres modos de agencia: la personal, con sus procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de elección a través de los cuales producir determinados efectos; la agencia mediada, ejercida por terceros cuando la persona no tiene control directo de las condiciones sociales y las prácticas institucionales que afectan su vida cotidiana, y que las personas buscan para asegurar los resultados deseados de bienestar y seguridad; y la agencia colectiva, que pasa por las creencias compartidas sobre la eficacia del grupo en su trabajo conjunto para organizar crear y administrar las circunstancias que afecta el devenir de la vida en común, y por tanto, las potencialidades para el autodesarrollo, adaptación y autorrenovación personal a través del tiempo (Bandura, 2001).

Esta concepción dinámica propiamente psicosocial hizo un largo recorrido antes de su formulación cabal. La discusión más intensa se dio con los conductistas operantes en el terreno del aprendizaje, cuando Bandura propuso el aprendizaje observacional que ocurre en ausencia del desempeño reforzado, sustancialmente diferente del aprendizaje por discriminación de Dollard y Miller donde se reconocen la presencia de un modelo en la ecuación conductista. Para averiguar sobre los determinantes del aprendizaje observacional o modelado y sus mecanismos de funcionamiento, Bandura desarrolló programas de investigación sobre este tema estableciendo que el modelado social opera bajo cuatro subfunciones cognitivas:

atencional, figurativa, motivacional y de traducción enactiva o reproducción del comportamiento.

Los conductistas operantes argumentaron que el refuerzo de algunas respuestas coincidentes establecería la imitación como un reforzador condicionado; sin embargo, Bandura y sus colaboradores demostraron que la imitación generalizada se rige por creencias sociales y expectativas de resultados, y que las representaciones cognitivas transmitidas por el modelado sirven como guías calificadas para la reproducción y corrección en el desarrollo de competencias conductuales, lo que a su vez sirvió de base para el diseño de intervenciones instructivas, también llamadas tratamiento de dominio guiado, orientadas al logro de cambios personales, organizativos y sociales, concibiendo el tratamiento psicológico como un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Otras críticas se centraron en igualar el aprendizaje observacional a la imitación de la conducta, lo que fue refutado por la adaptación de lo aprendido a circunstancias cambiantes; argumentaron que el modelado era antitético a la creatividad, idea rebatida con evidencia de que los observadores adoptan e integran características diferentes de distintos modelos que difieren de los originales; arguyeron que el modelado no puede desarrollar habilidades cognitivas porque los procesos de pensamiento son encubiertos y no se reflejan adecuadamente en acciones modeladas, por ser el producto final de las operaciones cognitivas, esto dio lugar a investigaciones sobre modelado verbal, que demostraron efectividad para mejorar la autoeficacia percibida y el desarrollo de habilidades cognitivas innovadoras y complejas, abriendo la puerta al tema del modelado simbólico a través de medios electrónicos (Bandura, 2005).

Si bien el estudio sobre el tratamiento de exposición o dominio guiado se centró en su poder para promover cambios psicosociales, la generalidad de los cambios efectuados y su durabilidad, posteriormente Bandura comenzó a estudiar una nueva dimensión evaluativa del

tratamiento para mejorar la capacidad de recuperación de las personas ante experiencias adversas, esto lo llevó del interés en las características de la experiencia, al patrón de experiencias en el que se establecen las disfunciones; en estudios de seguimiento de personas tratadas por alguna fobia, interesado en la experiencia de dominio autodirigido con diferentes versiones de la situación aversiva, encontró que éstas también reportaban mejoras adicionales que modificaban las creencias sobre su eficacia para ejercer control en sus vidas, arrojando luz sobre el papel de la autoeficacia percibida en el ejercicio de la agencia personal.

Si bien pareciera que la importancia de la agencia personal supera a la mediada y a la colectiva con presencia única en el nivel socioestructural, lo cierto es que Bandura establece un modelo de causalidad recíproca entre los factores personales internos (en forma de eventos cognitivos, afectivos y biológicos), patrones de comportamiento, e influencias ambientales de entornos impuestos, seleccionados y contruados. Así reconoce la influencia de las condiciones económicas, educativas, familiares, etc., en el comportamiento de las personas a través de las aspiraciones, sentido de eficacia, expectativas de resultado, estados afectivos y otros mecanismos de autorregulación, que al traducirse en formas de comportamiento agencial lo definen, crean, modifican o eligen.

La teoría social cognitiva sobre el abuso de sustancias sostiene que es un problema de comportamiento agencial autorregulador, donde la autoeficacia percibida juega un papel fundamental al operar directamente en la motivación y la acción; en este sentido, la autoeficacia percibida lleva a la persona a enfrentar el consumo de drogas como un desafío o como una circunstancia de la que es presa fácil, esto sobre el resultado exitoso o no de su comportamiento previo e influenciado por el entorno social en el que se desempeñe, lo que configura creencias particulares sobre su autoeficacia, que a su vez determinan el tipo de desafío que las personas se plantean a sí mismas y cuánto esfuerzo ponen en ello.

De esta manera la autoeficacia percibida tiene un papel clave en los diferentes momentos del cambio, al iniciar los esfuerzos para suspender el abuso, ante los primeros logros, ante la recuperación de la recaída y ante el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia; mientras las creencias de autoeficacia promueven los cambios deseados a través de procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de elección, entre los que se encuentra la autoinstrucción en tácticas de demora, el uso de imaginación para debilitar el impulso por consumir, la visualización de las consecuencias negativas del consumo y las positivas de la sobriedad, así como la sustitución de actividades que compitan con el beber entre otras.

Desde la aparición del concepto de autoeficacia, propuesto como un marco teórico integrador para explicar y predecir los cambios psicológicos derivados de un mecanismo cognitivo común (Bandura, 1977), éste se ha incorporado principalmente al estudio del mantenimiento de la conducta de cambio, la prevención de recaídas en torno al alcohol y de las conductas adictivas en general (Larimer, et al., 1999); sin embargo, a la fecha son pocas las investigaciones ocupadas de probar el modelo completo, al parecer por la complejidad de modificar el comportamiento adictivo que sigue una secuencia de etapas, donde cada elemento del modelo tiene un peso diferenciado y cuya evaluación debiera hacerse a la luz del determinismo recíproco, lo que no ha inhibido la continuación de estudios sobre la autoeficacia general en contextos transculturales con resultados positivos (Abdollahi et al., 2014).

Modelos psicosociales de intervención

En esta sección se abordan los modelos cognitivo conductual y de terapia familiar como propuestas psicosociales de intervención para interrumpir o modificar el uso de alcohol.

Cognitivo conductual

Es sabido que el encuentro de las terapias conductuales de los años 50 y parte de los 60 del siglo pasado, los cuestionamientos más serios en torno a las intervenciones se dirigieron a la causalidad ingenua de los modelos lineales simples propios de la época; que junto con las

posturas cognitivas desarrolladas en los años 60 abrieron camino a la creación de modelos mediacionales que se ocuparon de la relación entre la variable independiente y dependiente, recurriendo a la existencia inferida de variables no observables de manera directa, dando lugar al nacimiento del modelo de terapia cognitivo-conductual (TCC).

En los años 70, Además de Bandura (1977) como ya se mencionó, Meichenbaum y sus trabajos en autoinstrucciones e inoculación al estrés, contribuyeron a establecer la TCC como un modelo sólido de tratamiento gracias a los estudios de eficacia y efectividad para el abordaje de problemas específicos; hacia los 80, el modelo se enriqueció con aportaciones como las de Rosenthal y Bandura (1978) sobre los tipos de aprendizaje que ocurren bajo modelamiento, fundamentalmente para el entrenamiento de habilidades; y a partir de los años 90, se han seguido produciendo intervenciones bajo este modelo que difieren entre sí en función del punto de vista filosófico racionalista o post-racionalista que adopten, es decir, según presten mayor atención a las cogniciones o el comportamiento abierto (Núñez et al., 2005), entre éstas pueden contarse a las terapias llamadas de tercera generación como son las de atención plena, terapia de aceptación y compromiso, activación conductual y tratamientos integrados (Vujanovic et al., 2017).

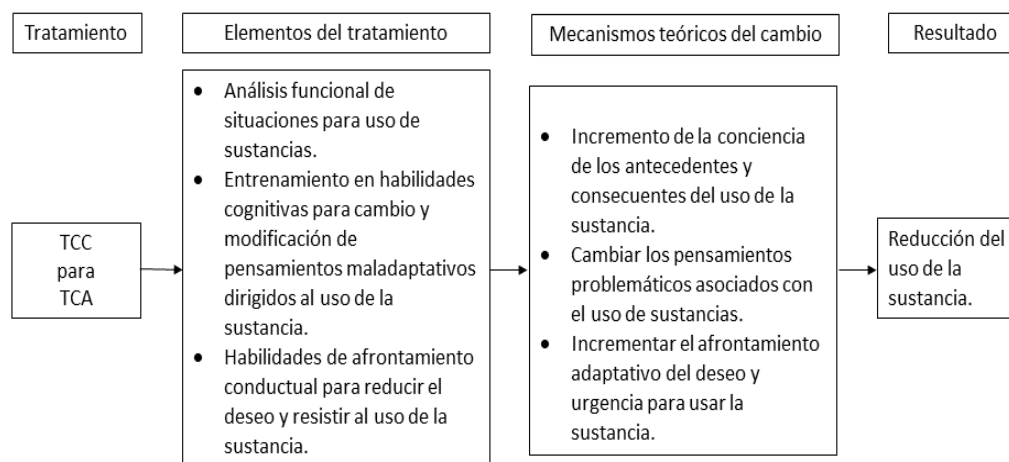
En términos generales la TCC basada en la ciencia del aprendizaje y la cognición, dirige a los clientes a mejorar sus habilidades para recolectar datos precisos y analizarlos respecto a su ambiente, experiencia y estados internos. Newman et al. (2017) la definen como una colección de técnicas diseñadas para el tratamiento conductual y cognitivo empíricamente obtenidas, para disminuir conductas y cogniciones maladaptativas, reducir los síntomas, promover pensamientos y conductas funcionales, y enseñar habilidades para asegurar el mantenimiento de los beneficios de la terapia.

Desde esta perspectiva, la terapia para el consumo de sustancias comienza con un análisis funcional del problema, seguido por el aprendizaje de habilidades de afrontamiento

cognitivas y conductuales para reducir el uso de la sustancia, la figura 5 muestra los componentes del tratamiento y los mecanismos de cambio de esta intervención, que Vujanovic et al. (2017) refiere para trastorno por consumo de alcohol (TCA), pero que refleja certeramente la manera en que la TCC se ha venido instrumentado en México para una variedad de formas de consumo de alcohol en poblaciones diversas (Barragán, 2005; M. K. Martínez et al., 2008; Quiroga, 2008; Rodríguez et al., 2017).

Figura 5

TCC tradicional para el Tratamiento de TCA



Adaptado de "Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches" por A. Vujanovic, et al, 2017. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), p. 403 (<https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1199697>).

En cuanto a efectividad de la de la TCC respecto al consumo concurrente de alcohol y drogas ilícitas, Klimas et al. (2014) no reportaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la facilitación de 12 pasos en cuanto al número máximo de semanas consecutivas de abstinencia de alcohol o cocaína durante el tratamiento. Los autores encontraron evidencia de calidad moderada para el riesgo relativo de consumo (RR) en el mismo periodo de tiempo para alcohol (RR=1.96, IC al 95%:

0.43 a 8.94) y cocaína (RR=1.1, IC al 95%: 0.42 a 2.88), igual que para la abstinencia de alcohol (RR=2.38, IC al 95%: 0.10 a 55.06) y cocaína (RR=0.39, IC al 95%: 0.04 a 3.98) en el seguimiento a un año.

En contraste, Powers et al. (2008) interesados en esclarecer el impacto general de la terapia conductual de pareja con componentes activos de la intervención propios de la TCC, para el tratamiento de TCA y otras sustancias, encontraron evidencia que apoya de manera general la mayor efectividad del tratamiento en pareja comparado con el individual ($d=0.54$), en la frecuencia de uso ($d=0.36$) y en las consecuencias por el uso de la sustancias ($d=0.52$); efectos semejantes se encontraron en el seguimiento a 12 meses al comparar la modalidad de pareja con sus controles, en cuanto a frecuencia de uso ($d=0.45$) y consecuencias del consumo ($d=0.50$). No se encontró significancia estadística entre el número de sesiones de tratamiento y el tamaño del efecto, lo que conjuntamente habla de que las intervenciones con este enfoque y modalidad pueden ser menos costosas e igualmente efectivas, no obstante, el sesgo de selección no permite extender los resultados a bebedores problema de poca gravedad, a quienes habitualmente se les brinda menor atención en la literatura.

La falta de contundencia en los resultados, en parte, justifica explorar un cambio de enfoque en el estudio del abuso de alcohol y otras sustancias, como lo afirma Bandura (1999) al señalar la falta de interés por los *procesos de recuperación natural* que podría arrojar luz sobre los mecanismos de autorregulación exitosa (Bandura, 2001); en tanto enfoques como el de regulación de los estados afectivos positivos y negativos (Sayette, 2017) o el de exposición a claves ambientales que detonan el consumo (Skinner & Aubin, 2010), aún después de largos periodos de abstinencia, son modelos dualistas de riesgo-reactivo, dado que las personas difícilmente recurren en primera instancia a la sustancia o esperan pasivamente la señal de exposición para iniciar el consumo, antes recurren a estrategias cognitivas y conductuales para

enfrentar el deseo, es decir, las personas realizan una variedad de actividades exitosas antes de sucumbir al consumo.

Terapia familiar.

El planteamiento de la terapia familiar es un intento por desplazar el foco de atención, en este caso de lo exclusivamente intraindividual a lo relacional, yendo más lejos que lo propuesto por el propio Bandura; sin embargo, su desarrollo histórico no ha producido un modelo general de terapia familiar sino diferentes afluentes que siguen diversificándose, su origen se remonta a los años 50 con grupos de investigación diseminados por EUA, interesados en la influencia del contexto natural inmediato en el que surge el comportamiento sintomático, es decir, en la familia y fuera del consultorio.

Las primeras formulaciones dieron origen a la *teoría de los sistemas sociales normativos estructurados jerárquicamente* (Anderson, 2012), su interés se centró en los aspectos intergeneracionales, dinámicos y del desarrollo de la familia a través del tiempo, dando paso a la formulación de una tipología familiar cuya base se encuentra en las reglas sociales normativas, que se constituyeron como marco analítico que informaba el blanco de las intervenciones, apuntando a la individuación de la persona respecto de la familia de origen, sea para modificar las pautas de relación heredadas, pretendidamente responsables del cuadro sintomático, o para el ordenamiento normativo de las relaciones entre los subsistemas familiares parental, fraterno, de la pareja, etc., a través de la redistribución del poder trastocado entre dichos subsistemas.; el modelo de terapia familiar estructural de Minuchin (1974) es el más conocido de esta categoría.

Un segundo grupo de investigadores encabezada por Gregory Bateson (1953-1963), se interesaron en el estudio de la comunicación bajo situaciones peculiares como el juego, la hipnosis, el comportamiento animal, la comunicación en la esquizofrenia o las paradojas, publicaron en 1956 un artículo (Bateson et al., 1998) que sirvió para aventurar algunas

hipótesis sobre el papel de la comunicación en la salud mental de los miembros de familias peculiares, así como de sus implicaciones terapéuticas; en dicho trabajo sostienen que el contexto de comunicación participa en la configuración de las interacciones entre los miembros del sistema social-familiar, interacciones que se autocorrigen para mantener la identidad y organización del sistema total ante la ocurrencia de desviaciones amenazantes, es decir, por una autocorrección activada por el error o por retroalimentación negativa.

Básicamente proponen que el mundo de las relaciones humanas, opera en un flujo incesante de patrones de interacción que son regulados y calibrados por mecanismos de retroalimentación negativa, sostenidos entre dos o más personas a través del lenguaje que opera simultáneamente en niveles lingüísticos y paralingüísticos, de tal manera que un observador entrenado puede distinguir una organización funcional o sistemas unipersonales (en sujetos singulares a través del dialogo interiorizado), de pareja, familiares y comunitarios; y es en estas interacciones sostenidas a lo largo del tiempo que acontece la vida cotidiana, surgen las dificultades, se consolidan los problemas y emergen las soluciones.

En términos prácticos esto quiere decir que, si la manera en que el sistema se autocorriga se vuelve rígida y estereotipada ante las necesidades cambiantes de sus componentes la aparición del comportamiento sintomático será más probable y viceversa; más aún, sugieren que *promover respuestas más flexibles para desarrollar comportamientos emergentes se convierte en la tarea fundamental del terapeuta*. De este planteamiento denominado *teoría de los sistemas cibernéticos, homeostáticos, o de retroalimentación negativa* (Anderson, 2012) surgieron los modelos clásicos de la llamada terapia familiar sistémica (TFS).

Una diferencia fundamental entre las vertientes estructural jerárquica y cibernética es la demarcación de su unidad de análisis y tratamiento, para los primeros existe el a priori de tratar con la mayor parte de la familia involucrada en el problema, surgido de la falta de límites y

funciones claramente establecidas entre los subsistemas, para ello el terapeuta estructural debe hacer uso de su posición de poder en la relación terapéutica, buscando aumentar la eficacia de las técnicas directivas en el marco de una estrategia de intervención general donde la redistribución del poder juega un papel decisivo.

Mientras que los cibernetas se interesan más en el sistema de relaciones que el consultante destaca, aunque no siempre se restringe a la familia, éste surge con mayor frecuencia como contexto relacional en el que la situación problemática se hace evidente. El trabajo del terapeuta es ayudar a fijar los objetivos terapéuticos, identificar posibles redes de apoyo, servir como monitor del cambio deseado y ayudar a prevenir la recaída, evitan ser directivos apoyándose en los recursos y fortalezas del sistema familiar, asumiendo una relación fundamentalmente horizontal con sus consultantes.

Si bien los modelos surgidos de ambas perspectivas se concentraron en la manera de incentivar el cambio antes que en atender problemas específicos, también han surgido propuestas enfocadas en el tratamiento del uso y abuso de sustancias bajo la denominación genérica de terapia familiar, que aquí se distinguirá como terapia familiar para abuso de sustancias (TFAS), en éstas se entremezclan componentes teóricos y técnicos de las posiciones estructural y cibernética, e incluso de otras más que ayudaron a definirla como un grupo de modelos terapéuticos con ciertas creencias sobre la importancia de evaluar e intervenir a nivel familiar.

Asumieron que como en cualquier sistema el cambio en alguna de sus partes puede producir cambios en la totalidad, estableciendo como fines principales de la terapia, ayudar a descubrir o desarrollar maneras de vivir sin las sustancias de abuso para atenuar el impacto de la dependencia química tanto en el paciente identificado como en su familia (Center for Substance Abuse Treatment, 2014).

Actualmente se pueden identificar hasta 54 diferentes modelos de TFAS probados en 124 ensayos clínicos controlados (Stanton, 2014), su proliferación se explica por la aplicación de los principios o lineamientos al tratamiento diferenciado por tipo de sustancia, población blanco, tipo de consumo, disposición para el cambio, interés por la estructura familiar o en intervenciones en sistemas institucionales más bastos, entre otros, su principal coincidencia se encuentra en la explicación del uso y abuso de sustancias como una cadena de causalidad lineal, contrastante con la causalidad circular de las interacciones contextualmente situadas de un sistema de interacción social dado, sostenida por los modelos clásicos de la TF.

Entre los modelos de TFAS más destacados se encuentran la terapia familiar multidimensional que emplea un marco integrador de desarrollo, ambiente y contexto para conceptualizar el inicio, la progresión y la cesación del uso y abuso de drogas. La terapia familiar multisistémica, que parte del entendimiento de cómo encaja el abuso de sustancias en el contexto sistémico más amplio, para dar cuenta de los factores de riesgo y protección a los que la familia se encuentra expuesta. O la terapia familiar cognitivo-conductual, que concibe el abuso de sustancias como una respuesta conductual maladaptativa condicionada, una respuesta reforzada por indicaciones y contingencias familiares, donde las opiniones distorsionadas y disfuncionales que tenemos sobre nosotros mismos y otras personas, pueden conducir al abuso de sustancias e interferir con la recuperación (Stanton, 2014). La tabla 8 muestra una comparación de modelos representativos de estas tres diferentes aproximaciones epistémicas.

Tabla 5

Comparación de modelos clásicos e integracionistas de la Terapia Familiar

Aproximación epistemológica	Modelo	Referente teórico principal	Propósitos terapéuticos y papel del terapeuta	Técnicas principales	Ventajas y desventajas
Estructural Jerárquica. Circular / Neo constructivista.	Estructural de Minuchin.	Teoría general de sistemas.	Restablecimiento de la dinámica familiar. Directivo / Confrontativo.	Cuestionamiento del síntoma, estructura y realidad familiar. Fijación de fronteras.	Componentes simples. Presencia de la familia.
	Estratégico de Haley.	Teoría cibernética de la comunicación.	Solución de problemas dentro del marco familiar o situación social que lo posibilita. Directivo / No confrontativo.	Definición resoluble del problema. Análisis de la disposición geográfica y anímica familiar para modificar pautas de comportamiento.	Adaptable a las necesidades de los clientes. Entrenamiento especializado.
	Estructural-Estratégico de Stanton.	Teoría general de sistemas. Teoría cibernética de comunicación.	Solución del problema según falta de límites o indiferenciación individuo-familia. Directivo.	Evaluación del caso para definir estrategias alternantes según avance del caso.	Técnicas simples y adaptables. Entrenamiento especializado.
Sistémico Cibernética. Recursiva / Constructivista.	Resolución de Problemas o modelo del MRI de Weakland y otros.	Teoría Socio-Cibernética	Interrumpir patrones de conducta que perpetúen el problema. Colaborativo.	Precisar el problema en términos relacionales. Interrupción de soluciones ineficaces.	Participación del consultante en el proceso. Difícilmente manualizable.
	Centrado en Soluciones de de Shazer.		Crear un contexto de competencia con enfoque en la vida futura. Colaborativo / Activo.	Entrevista interventiva Tareas de fórmula. Preguntas de avance rápido.	Énfasis en las soluciones. Riesgo de sobresimplificación.

Aproximación epistemológica	Modelo	Referente teórico principal	Propósitos terapéuticos y papel del terapeuta	Técnicas principales	Ventajas y desventajas
Terapia Familiar para el Abuso de Sustancias. Lineal / Realista.	Terapia Familiar Multidimensional de Liddle.	Marco integrador del desarrollo, ambiente y contexto para explicar el inicio, progresión y cesación del uso de sustancias.	Facilitar la adaptación a los retos de desarrollo del joven y la familia. Directivo / Instructivo	Orientadas a relaciones de comportamiento, ambiente, conocimiento, afecto o emotividad.	Manualizado. Múltiples niveles de determinación del consumo.
	Terapia Familiar Multisistémica de Cunningham.	Teoría ecológica de Bronfenbrenner y estudios sobre los determinantes de la conducta antisocial en jóvenes.	Crear relaciones de colaboración para facilitar el proceso de cambio. Directivo / Instructivo	Estructurales, estratégicas y sociales. Técnicas basadas en evidencia centradas en sistemas sociales más amplios para el éxito académico-vocacional.	Adaptable a la necesidad de los consultantes. Centrado en casos graves.
	Terapia Familiar cognitivo-conductual de Waldron.	Teoría ecológica de Bronfenbrenner. Aprendizaje social de Bandura. Teoría de la conducta problema de Jessor. Terapia estructural de Minuchin.	Cambiar las interacciones familiares y atender a conductas que activan el abuso de sustancias. Fortalecer destrezas en el manejo de la comunicación y la solución de problemas. Directivo / Instructivo.	Entrenamiento en habilidades cognitivas y afrontamiento. Entrevista de mejora motivacional. Definición relacional del problema y análisis funcional de comportamientos, atribuciones y sentimientos en la familia.	Manualizable Entrenamiento especializado.

Segunda parte

EL ESTUDIO

Planteamiento del problema

Justificación del estudio

En términos generales el consumo de sustancias psicoactivas como problema de salud pública, no puede ser ajeno al interés de las instituciones educativas y en especial las de educación superior (IES). Actualmente ocupa un lugar importante en la tasa creciente de trastornos mentales presentes en los estudiantes de primer ingreso a nivel internacional. Auerbach et al. (2016) menciona el trastorno por uso de sustancias entre los cuatro de mayor prevalencia en estudiantes universitarios de 21 países –con participación de México–, entre 18 y 22 años (de 4.5% a 6.7%) en los últimos 12 meses.

Tres datos derivados del estudio delimitan el tamaño del problema que las IES enfrentan, uno es que los estudiantes que reportaron algún trastorno (20.3% de encuestados), también reportaron que su inicio ocurrió antes de su matriculación en la universidad (83.1%), a excepción de los trastornos de pánico (51.8%) y los de abuso y dependencia del alcohol (70% y 67.6%) que comenzaron después. Otro es que el inicio del trastorno por uso de sustancias antes de la matriculación predijo el posterior abandono de los estudios. Uno más es el porcentaje de estudiantes con trastornos en los últimos 12 meses que recibieron un tratamiento mínimamente adecuado que fue del 16.4%, con disminución en los países según sus ingresos altos (23%), medios (11.4%) o bajos (6.7%). Contra el 18.8% que lo recibió para abuso o dependencia de alcohol y drogas en población abierta en México (Borges, Medina-Mora, et al., 2006).

En un estudio posterior Auerbach et al. (2018), encontraron que al menos un tercio de los participantes en la encuesta informaron un historial de uno o más trastornos mentales, con prevalencia en México del 27% para alguna vez en la vida y 23.7% para los últimos 12 meses; donde el TCA ocupó el quinto lugar de seis en prevalencia a lo largo de la vida pero el tercero

en los últimos 12 meses, y prevalencia de 92.8% en los últimos 12 meses entre quienes reportaron alguna vez en la vida y una mediana de edad de inicio de consumo de 15.6 años.

Lo que coincide con el hecho de que los patrones o niveles de consumo menos severos en nuestro país, afectan a una mayor proporción de consumidores en población abierta (INPRFM et al., 2017), así como a jóvenes estudiantes (M. R. Díaz et al., 2012; Solís et al., 2012b, 2012a) y en transición de nivel escolar (Strunin et al., 2015); esto alude a una fácil aparición de indicadores de TCA en la, prácticamente, totalidad de estudiantes que han bebido alguna vez en la vida, con una mayor vulnerabilidad aparente entre quienes inician más jóvenes.

Continuando con la influencia del contexto relacional de los universitarios y el uso de alcohol, se encontró una correlación sustancial ($r=.60$) entre las características del grupo de pares del nivel escolar previo al ingreso a la universidad y seis meses después de haberse matriculado, teniendo como predictores más importantes la historia de problemas de alcohol entre los padres, además de la religiosidad, la personalidad y el ser hombre (Kendler et al., 2015), incluso se ha señalado que con el paso del tiempo, la historia familiar de problemas de alcohol se posicionó como un predictor más fuerte de problemas de alcohol entre los universitarios (Kendler, Edwards, et al., 2015), mientras que en México, el entorno y la relación familiar resultaron factores relevantes para el consumo de sustancias con altos porcentaje para abuso de alcohol en estudiantes de bachillerato y licenciatura (Villatoro et al., 2012).

Si bien los factores demográficos, ambientales, personales y familiares juegan un papel importante en el establecimiento y progresión del uso de alcohol entre los universitarios hasta consolidar patrones específicos de consumo (M. E. Cooke et al., 2017), no se puede obviar el contexto de consumo; entendido como el espacio en el cual surgen acciones, objetos y expresiones referidas al momento, la existencia y accesibilidad a escenarios propicios para el consumo (Reidl et al., 2012), en el que se conjuga la baja percepción del riesgo y alta

tolerancia social (Villatoro et al., 2002, 2012) de usuarios, pares o familiares en espacios públicos o privados, preponderantemente los fines de semana, que siendo poco estudiado (Mustonen et al., 2014; Stanesby et al., 2019), trasciende el espacio físico formativo de las IES apareciendo como un factor susceptible de modificación con potencial influencia en los patrones específicos de consumo.

Desde una perspectiva clínica, sea que al consumo de alcohol se le refiera como episodio de intoxicación, de uso peligroso, episodio único, etc., con consecuencias adversas para la salud (preponderantemente físicas) del usuario o de terceros en el corto o largo plazo según la CIE-11 (WHO, 2018); o sea que se ponga el acento en las consecuencias psicosociales para definir la severidad leve, moderada o grave del TCA según el DSM-5 (APA, 2014), la cantidad de alcohol consumido casi siempre es menos relevante.

Por otro lado, a los efectos de corto plazo y acumulativos en la salud, funcionalidad física o psicológica según la intensidad o frecuencia del consumo (Kuntsche et al., 2017; Pearson et al., 2017), pueden sumársele problemas de índole relacional o funcional en la vida cotidiana. A este respecto Alonso et al. (2018), evaluaron la prevalencia del deterioro en el desempeño en cuatro dominios de la vida de los estudiantes: actividades domésticas, trabajo o universidad, relaciones cercanas y vida social asociados con seis trastornos mentales; el TCA ocupó el quinto lugar (34.2%) entre los trastornos asociados con los dominios relaciones y vida social, deterioro que aumentó al agregar un trastorno pero menos de lo que cabría esperar si el trastorno sucediera solo.

Situación que se vuelve crítica al pensar que en universidades mexicanas, apenas algo más del 30% de los estudiantes de nuevo ingreso con un probable trastorno de salud mental de por vida han recibido tratamiento (Benjet et al., 2019).

Estudios mexicanos sobre la irrupción de nuevos bebedores en los escenarios escolares (M. R. Díaz et al., 2012; Solís et al., 2012a, 2012b), el cambio en los patrones de

consumo en las etapas de transición entre niveles educativos (Strunin et al., 2013) y los problemas que se les asocian (M. R. Díaz et al., 2009; González-González et al., 2012; Strunin et al., 2013), así como la participación de algunas IES (La Salle, Autónoma de Aguascalientes, Autónoma Metropolitana, entre otras) en el proyecto PUERTAS, corroboran el interés creciente de las IES en profundizar en temas como el consumo de menor intensidad y no dependiente, generalmente poco atendidos (Powers et al., 2008), o del cambio en los patrones de consumo (Cho et al., 2015) en sus propios escenarios.

Como se puede ver, detectar o retardar la aparición de un patrón peligroso o nocivo de consumo de alcohol sea episódico o continuo, o un TCA, no es la única dificultad que enfrentan las IES, también está el definir el tipo de intervenciones o estrategias más apropiadas para reducir el consumo y los problemas que se le asocian; es decir, para efectuar labores de prevención universal, selectiva o indicada, de atención o referencia, en función de la capacidad instalada de cada institución.

Que a juzgar por los datos expuestos podría ser superada por la demanda, incluso contando con el hecho de que hay una pequeña proporción de personas que hacen contacto de primera vez para tratamiento el mismo año en que apareció el trastorno (abuso 2.4% y dependencia 2.8%); o la demora media de 10 años para el inicio de tratamiento en población abierta (Borges et al., 2007), principalmente vinculada a barreras de índole actitudinal como la baja percepción de necesidad, ineficacia percibida para iniciar y continuar el tratamiento, o estructurales como la ubicación, imposibilidad para conseguir una cita y costo elevado de la atención (Andrade et al., 2014).

De esta manera se van configurando dos situaciones que representan un desafío para cualquier IES, la primera es dar cuenta de la forma en que sus estudiantes beben, es decir, establecer los patrones típicos de consumo; la experiencia con el Examen Médico Automatizado que aplica la UNAM a los estudiantes de nuevo ingreso, que contiene un

apartado dedicado al uso de alcohol (Fernández-Varela et al., 2005) es un ejemplo de cómo hacerlo.

La segunda tiene que ver con el cómo atenderlos, a este respecto se pueden citar programas como el de *Conductas Adictivas*, dirigido a estudiantes y población abierta con un modelo de atención escalonada de corte cognitivo conductual y mejora motivacional; el *Espacio Digital de Prevención de Adicciones* orientado a la atención a distancia de estudiantes, fundamentalmente informativo; y el trabajo del *Centro de Prevención de Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez* que brinda atención a cargo de estudiantes de pregrado y posgrado bajo supervisión, tanto para población abierta como para la comunidad universitaria, bajo un modelo socio-cognitivo, todos ellos instrumentados en la UNAM.

Dos iniciativas más que reiteran la importancia de tomar acciones para enfrentar el problema del alcohol en la misma UNAM, son el proyecto institucional multidisciplinario orientado a desarrollar modelos preventivos y de intervención en conductas adictivas que ayude en la toma de decisiones oportuna y pertinente, en función de las características específicas de la comunidad (Reidl, 2012a; 2012b). Y la apertura en 2018 de la *Clínica de Atención Integral para las Adicciones*, cuyo objetivo es atender los problemas de salud mental asociado al consumo de drogas entre los estudiantes (UNAM Global TV, 2018).

Ahora bien, las estrategias mejor logradas para identificar el uso de alcohol en universitarios (screening), por lo general se basa en el empleo de un marco temporal de ocurrencia de consumo de 4/5 bebidas estándar si se es mujer u hombre respectivamente, como definición operacionalmente del consumo excesivo (Wechsler et al., 1994); sin embargo, su utilidad práctica ha sido cuestionada debido a que genera una distinción binaria que obvia la multiplicidad de formas de beber que superan este umbral (Pearson et al., 2016), dejando de lado la importancia de delimitar la cantidad que pone al bebedor en mayor riesgo de

experimentar problemas relacionados con la sustancia, y por colocar a otros en mayor riesgo de experimentar sus efectos de manera indirecta (Wechsler & Nelson, 2001).

Las críticas principales a esta definición apuntan en dos sentidos: La cantidad/frecuencia y riesgo de problemas asociados, es una medida más apropiada para estudios de prevalencia que estima proporciones de individuos por debajo del umbral y la presencia de consecuencias padecidas; pero no evidencia asociación entre el número de bebidas consumidas y las consecuencias autorreportadas (Fillmore & Jude, 2011; Linden-Carmichael et al., 2017) mejor que un umbral menor arbitrariamente fijado (Gruenewald, Johnson, Light, Lipton, & Saltz, 2003), o por encima del umbral que no distingue el número o tipo de consecuencias sufridas (Labhart et al., 2018), aunque la literatura revisada no resulta concluyente al respecto (Borsari, Neal, Collins, & Carey, 2001; Esser, Kanny, Brewer, & Naimi, 2012; Linden-Carmichael, Russell, & Lanza, 2019).

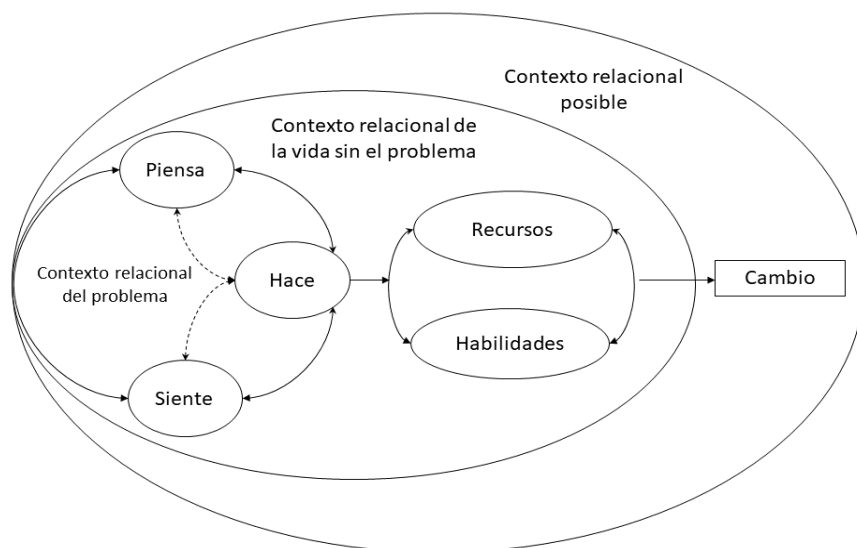
Por otro lado los estudios de eficacia de las intervenciones en estudiantes preuniversitarios y universitarios mexicanos, en las que es más frecuente emplear la intensidad del consumo como medida de resultado, son teóricamente poco variadas (M. A. Díaz et al., 2011), comúnmente se decantan por la perspectiva socio-cognitiva como la *Intervención Breve Para Adolescentes que se Inician en el Consumo de Alcohol y Otras Drogas* (Martínez et al., 2009; Martínez et al., 2010; Martínez et al., 2008; Rodríguez et al., 2017; Salazar et al., 2009); y el *Programa de Intervenciones Breves para Bebedores Problema* (Ayala et al., 1998; Echeverría et al., 2004; Echeverría et al., 2005). A pesar de existir intervenciones con acercamientos psicosociales distintos como la terapia breve motivacional, el programa de la familia enseñante y la terapia centrada en soluciones, que han sido puestas a prueba con población abierta y universitaria, en las que se reportaron resultados favorables de su efectividad (Rojas et al., 2011).

Lo que parece coincidir con lo afirmado por Black y Chung (2014), respecto a que son las características de los usuarios, o mecanismos de cambio, lo que hace efectivas las intervenciones, más que sus componentes activos (Magill et al., 2015), pero sin prueba clara de la superioridad de unas sobre las otras (Waldron & Turner, 2008).

El modelo de terapia breve centrado en soluciones (TBCS), fiel a la epistemología de los patrones de interacción recursiva, parte de la idea de que los problemas surgen de un contexto de interaccional social (e.g. uso de alcohol en compañía de los pares), que bajo ciertas circunstancias hacen surgir patrones de solución (e.g. beber controladamente en la siguiente reunión con los amigos), que al resultar ineficaces enraízan la respuesta sintomática (e.g. intentar con mayor empeño un menor consumo), generando así, un círculo vicioso del que irónicamente las personas intentan escapar. En teoría, para resolver el problema bastaría con interrumpir en algún punto dicha secuencia, los elementos del contexto relacional del problema representados en la figura 6, ilustran la realimentación del comportamiento estereotipado que debe ser interrumpida.

Figura 6

Dinámica de cambio en el modelo TBCS



Sin embargo, el modelo TBCS amplía el foco proponiendo la construcción de contextos de competencia reales o imaginados, pero asequibles, en los que la situación problemática se encuentre disminuida, bajo su control o ausente. Para el logro del contexto relacional posible, el modelo emplea una técnica de entrevista orientada al futuro que le permite obtener descripciones puntuales que emplea para proponer significados alternos a la manera en que el consultante se explica lo que le pasa, para acordar las metas a ser alcanzadas, adecuar las intervenciones a los patrones de comportamiento específicos del consultante, y para establecer un punto de comparación común que permita evaluar el progreso obtenido, permitiendo un ajuste y corrección constante del proceso hasta lograr el acuerdo mutuo de que las sesiones han dejado de ser necesarias (de Shazer, 1987, 1995, 1997).

Entre los primeros acercamientos para aplicar este modelo de cambio genérico al problema específico del uso de sustancias, se encuentra el reporte de la experiencia clínica de Mason et al. (1996), que apuntó la necesidad de ampliar la investigación empírica para probar la eficacia promisorio del modelo, particularmente en torno a la participación de los consultantes en la definición de los objetivos terapéuticos y la generación de soluciones propias y únicas de los problemas, diseñadas con base en los recursos que las personas llevan a la terapia.

Posteriormente Smock et al. (2008) estudiaron la eficacia de tratamiento de una intervención grupal centrada en soluciones ($n=27$), en comparación con una terapia tradicional psicoeducativa centrada en los problemas ($n=29$) para consumidores de sustancias psicoactivas con presencia de sintomatología depresiva. Encontraron una mejora significativa en el grupo experimental en las mediciones de depresión en el postratamiento, $t=3.6$ (18), $p=.002$, y de satisfacción con el tratamiento, $t=3.64$ (18), $p=.002$; y un tamaño moderado del efecto en la medición de depresión, $d=.64$, IC90% [.08–1.17], y una $d=.61$, IC90% [.05–1.14] para satisfacción del tratamiento, lo que no ocurrió en el grupo de comparación.

En cuanto al tratamiento específico de abuso de alcohol empleando la TBCS, de Shazer e Isebaert (2003) realizaron un estudio de seguimiento con 118 pacientes hospitalizados y 72 ambulatorios que completaron el tratamiento, de ellos, el 84% de los hospitalizados y el 81% de los ambulatorios informaron mantener sus objetivos de abstinencia o consumo controlado cuatro años después de la finalización del programa.

La peculiaridad de este trabajo radica en que los investigadores asumieron una postura radical respecto a la participación de los pacientes en la elección del tratamiento, es decir, fueron los pacientes quienes eligieron el tipo de tratamiento tras haber explicitado sus objetivos, éstos se trabajaron empleando la técnica de la pregunta del milagro, independientemente de si trataban o no de problemas de alcohol, convirtiendo así el consumo controlado o la abstinencia, en parte de un contexto de tratamiento más amplio; más aún, permitieron el cambio de tratamiento iniciado cuando el paciente así lo solicitó (10% de consumo controlado a abstinencia).

Los investigadores llaman la atención sobre la flexibilidad en los objetivos para marcar una diferencia en el éxito del tratamiento, y sugieren que la elección inicial de éstos no es crucial para el éxito, al parecer, adquiere mayor importancia que el terapeuta acepte y aliente la elección del cliente. Si bien se pueden señalar serias limitaciones en el diseño metodológico del estudio, también resulta altamente sugerente la idea de la participación de los pacientes en el diseño y selección de los objetivos terapéuticos.

En la Ciudad de México se desarrolló un estudio cuyo objetivo fue determinar la efectividad del modelo TBCS en dependientes a etanol que buscaban modificar su manera de beber o modificar los problemas asociados al consumo (Cordero et al., 2009), su diseño fue longitudinal comparativo, con un seguimiento a doce meses. La muestra fue intencional, 60 consumidores de alcohol de 18 a 50 años, con consumo en el último año y criterios cubiertos

para dependencia según el DSM-IV. Se aplicó el mismo modelo de tratamiento a dos grupos con demanda de tratamiento diferentes, 30 personas por grupo.

Los resultados mostraron un cambio significativo en las personas que buscaban modificar los problemas asociados al consumo y no recayeron (56%), el 12% modificaron los problemas asociados al consumo y recayeron, el 44% no modificaron los problemas y recayeron. El análisis de sobrevivencia permitió generar el perfil de bebedores dependientes para quienes la intervención resultó más efectiva, y mostró que los primeros cuatro meses después de tratamiento son los meses de mayor riesgo para recaer, sin embargo, la falta de grupo control impidió la obtención de evidencia más sólida para concluir sobre la efectividad del tratamiento.

Más recientemente González et al. (2019) realizaron un estudio piloto para probar la aplicabilidad de una intervención centrada en soluciones para consumidores de alcohol (N=15) de bajos ingresos, con riesgo de consumo de moderado a grave que recibían atención en clínicas de atención primaria al sur de la Ciudad de Santiago de Chile. El diseño del estudio AB fue de un solo caso con ocho réplicas, establecieron una línea base tomando como referencia el último periodo de consumo (promedio diario de bebida, cantidad máxima de bebidas en un día, porcentaje de días de abstinencia), para realizar las comparaciones al mes de concluido el tratamiento que constó de tres sesiones, para procesar los datos emplearon un análisis visual y de porcentaje de datos no superpuestos.

Aunque los resultados deben ser interpretados con cautela, los investigadores encontraron un aumento en el porcentaje de días de abstinencia de quienes completaron el tratamiento (n=8) y del bienestar autoinformado; también encontraron una disminución de las consecuencias del consumo y en el índice de depresión; y a pesar de que a lo largo de las seis observaciones practicadas (tres pretratamiento, dos durante el tratamiento y una de

seguimiento), el promedio de bebidas diarias y la cantidad máxima de bebidas en un día fueron variables, el cambio de los participantes ocurrió en la dirección esperada.

Como puede verse, existe evidencia empírica suficiente para sostener que el modelo TBCS, que enfatiza el trabajo del terapeuta como un facilitador en la construcción de soluciones a la medida de cada consultante, puede ser empleado para atender el consumo de alcohol en universitarios, sin embargo, en México los estudios al respecto siguen siendo escasos, por lo que se plantea las siguientes preguntas.

Pregunta de investigación

¿Qué resultado tendrá la instrumentación del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones en la atenuación de distintos patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios?

Preguntas suplementarias

¿Cuáles son los patrones emergentes de consumo de alcohol de los estudiantes en la institución participante?

¿Cuál es el efecto de la intervención en el uso de alcohol de los participantes con diferente patrón de consumo?

Objetivo general

Evaluar el resultado del modelo TBCS en la atenuación del patrón de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el consumo de alcohol de los estudiantes de la institución participante, con base en las medidas de uso de alcohol, problemas asociados al consumo e historia de consumo.
2. Evaluar el cambio en los indicadores de uso de alcohol de los participantes en la intervención, según el patrón de consumo de alcohol detectado.

Hipótesis

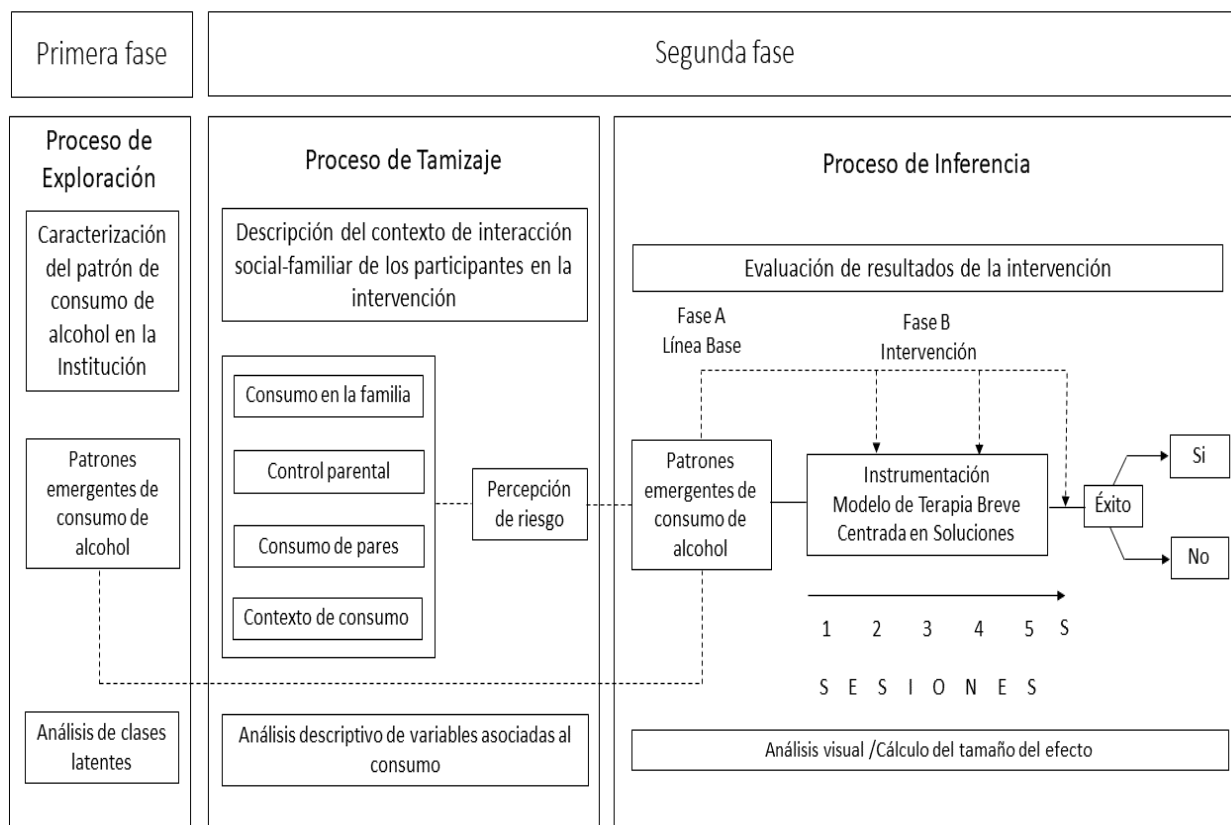
1. El Modelo de TBCS tendrá un efecto de atenuación en los indicadores del patrón de uso de alcohol (frecuencia e intensidad de consumo) en los participantes, expresado por el cambio entre el pre y postratamiento.
2. El incremento progresivo de sesiones de tratamiento se relacionará más fuertemente con el decremento en la intensidad del patrón de consumo en las clases de bebedores con consecuencias que en las clases de bebedores sin consecuencias, independientemente de que el objetivo terapéutico acordado se centre en el uso de alcohol o las consecuencias asociadas al consumo.

Para probar las hipótesis propuestas, el estudio se dividió en dos partes, la primera estuvo orientada a la caracterización del consumo de alcohol entre los estudiantes de la institución educativa participante, creando conglomerados basados en la similitud de los patrones de respuesta al cuestionario empleado, mediante un análisis basado en probabilidades condicionales de la distribución de las variables observadas y latentes; en lugar de recurrir únicamente, como se suele hacer, a alguna de las definiciones referidas al marco temporal de ocurrencia de consumo, o al cumplimiento de los criterios clínicos centrados en las consecuencias del consumo de las clasificaciones diagnósticas del DSM-5 o CIE-11.

La segunda se orientó a obtener evidencia empírica de la relación entre el tratamiento y su progresión con el tipo de consumo que presentan los estudiantes, es decir, aportar datos que apunten a evidenciar la efectividad diferenciada del modelo de intervención propuesto, según el patrón de consumo detectado en la primera parte de la investigación, empleando el método y técnicas analíticas de los estudios de caso único. La figura 7 muestra el modelo conceptual que ilustra la relación de las variables involucradas.

Figura 7

Relación de las variables involucradas en la investigación

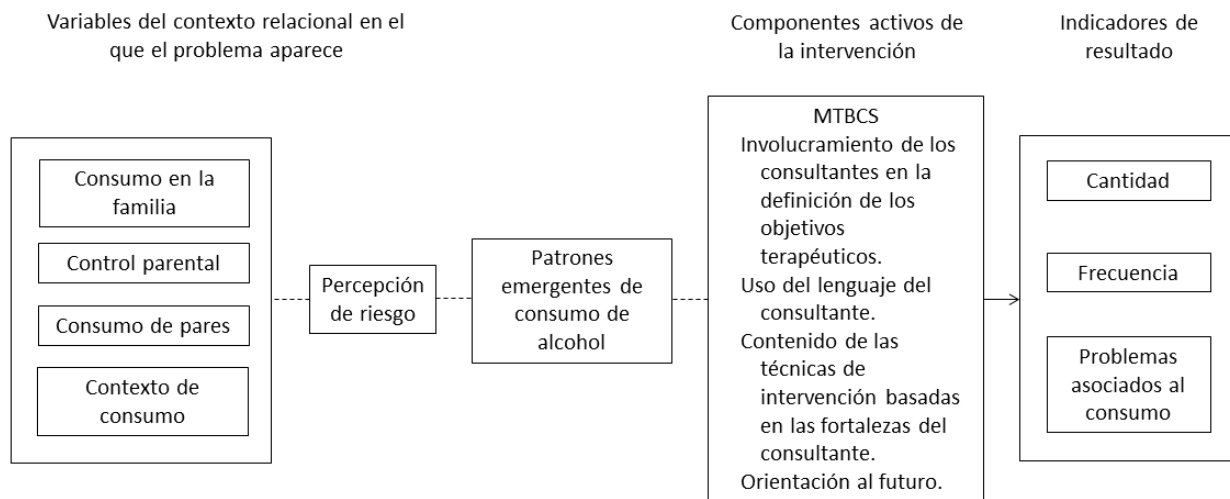


Los recuadros representan las dos fases que constituyen el estudio completo, la primera está dedicada a la exploración y la segunda a la intervención que comprende a los procesos de tamizaje e inferencia, las líneas punteadas representan la vinculación conceptual entre las variables y procesos. La línea punteada en el proceso de inferencia representa la medición de los indicadores antes (línea base), durante y después del tratamiento. La línea continua representa la progresión del cambio esperado tras la intervención.

La figura 8 muestra los componentes activos de la intervención y los indicadores de resultado que se espera sean modificados tras instrumentar de la intervención.

Figura 8

Componentes activos de la intervención



Nota: Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

Consideraciones éticas

Durante la investigación se observaron los principios, normas y preceptos éticos de la investigación con seres humanos, avalados por el Comité de Ética de la institución donde se llevó a cabo la investigación, con registro ante la CONBIOÉTICA: CONBIOÉTICA-09-CEI-019-20170731. Se explicó a todos los estudiantes que su participación era confidencial, anónima, no obligatoria y con respeto a sus datos personales. En cuanto al consentimiento de los padres de los menores de edad y el asentimiento de éstos, este proceso se apegó a las normas institucionales, que en cada caso quedó bajo aplicación y supervisión de los enlaces en las UA participantes, unidades que a su vez recibieron un informe ejecutivo, para apoyar la toma de decisiones respecto del fenómeno en estudio.

El contenido del consentimiento informado ha sido redactado observando los valores de veracidad, fidelidad y confidencialidad, sobre los que se basan los principios de respeto por la autonomía, justicia o no discriminación, beneficencia y no maleficencia, como fundamento del

trato respetuoso de la persona humana, siempre tomada como fin y nunca como medio manipulable.

De esta manera el consentimiento informado para la primera y segunda fase (apéndices A y B), especifican la no obligatoriedad de responder los instrumentos, cumplir la totalidad del tratamiento o acceder a que las sesiones sean grabadas. Garantiza la confidencialidad, anonimato, uso para fines de investigación de la información proporcionada y el tiempo que permanecerán a resguardo antes de ser eliminadas las grabaciones de quienes lo hayan consentido, sin que su acuerdo sea una condición para recibir el tratamiento; también garantiza que de detectar características que superen la oferta de la intervención se le proporcionará información de los lugares a donde puede acudir para ser atendido, e informa del bajo riesgo de las intervenciones psicosociales al no emplear fármacos, ser colaborativa, no invasiva, y sin el empleo de técnicas confrontativas.

Subestudio 1. Caracterización de los patrones emergentes de consumo de alcohol en estudiantes

El propósito del estudio se concentró en conjugar diferentes variables que rodean las formas de beber de los estudiantes, para discernir la posible existencia de patrones de consumo de alcohol, que pudieran informar sobre las especificidades a este respecto en la muestra abordada.

Método

Tipo de estudio y diseño

Es un estudio transversal analítico por método de encuesta.

Participantes

Estudiantes matriculados en diferentes Unidades Académicas (UA) de los niveles medio superior y superior de una universidad pública en la Ciudad de México.

Selección y tamaño de la muestra

Fue una muestra no probabilística por conveniencia de 3888 estudiantes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: estar matriculados en alguna de las UA que manifestaron su interés en participar en el estudio, y respondieron a la invitación hecha por los responsables designados por la institución en cada UA, y hayan manifestado su acuerdo con el contenido del consentimiento informado. Exclusión: haber hecho explícita su falta de interés en participar. Eliminación: registros inconsistentes respecto del consumo o no consumo de alcohol.

Definición de la variable patrón de consumo de alcohol

Secuencia de conductas que incluyen tipo y cantidad de bebidas alcohólicas, así como frecuencia, horarios y contexto de las ocasiones de consumo (Babor et al., 2010), que puede ocurrir con presencia o ausencia de consecuencias para la salud física, mental o en el ámbito social (INPRFM et al., 2015; Secretaría de Salud, 2009), la tabla 6 muestra la operacionalización de la variable.

Tabla 6

Operacionalización de la variable patrón de consumo de alcohol

Indicadores	Definición operacional	Medida	Ficha técnica
Frecuencia de consumo	Consumo ≥ 4 y ≥ 5 bebidas estándar Semanalmente Mensualmente Anualmente	Secciones de consumo de alcohol y datos sociodemográficos del cuestionario de estudiantes 2014	Consta de 47 preguntas cerradas. Diez preguntas con incisos de una a siete alternativas de respuesta sobre alcohol; y once, datos sociodemográficos. Cuenta con validez de criterio por grupos contrastados y consistencia entre reactivos (Medina-Mora, Castro, Campillo-Serrano, & Gomez-Mont, 1981).
Intensidad	Número de bebidas estándar por ocasión típica de consumo		
Problemas asociados al consumo	Presencia de consecuencias asociadas al consumo Semanalmente Mensualmente Anualmente Si, pero no en el último año		

Medidas

De una versión electrónica del *Cuestionario de Estudiantes 2014* (Villatoro et al., 2015), disponible en <http://observatorio.gaipp.solutions/index.php>, se emplearon las secciones de consumo de alcohol y datos sociodemográficos, sus características se refieren en la tabla 9. El cuestionario se ha empleado con adecuaciones y correcciones pertinentes para la población blanco (Romero-Martínez et al., 2013), en siete encuestas epidemiológicas nacionales entre 1988 y 2017, así como en encuestas locales en estudiantes de diferentes niveles educativos.

Procedimiento

Se diseñó un sistema informático para hacer autoaplicable el cuestionario, se presentó a funcionarios de diferentes UA de una universidad pública. Su aplicación se efectuó en los meses de agosto y septiembre de 2018 y agosto y septiembre de 2019 en dos UA de Nivel Medio Superior (NMS) y cuatro de Nivel Superior (NS), en cada ocasión se acudió a cada UA participante para resolver las posibles dudas de los estudiantes, explicar el propósito de la investigación, el respeto por la confidencialidad, el anonimato, la protección de datos confidenciales y la no obligatoriedad de su participación, además, los participantes leyeron y registraron su acuerdo con el contenido del consentimiento informado, necesario para acceder al cuestionario. La logística en cuanto a la invitación de los participantes, disponibilidad de los espacios y equipos de cómputo estuvo a cargo de cada UA.

Al completar el cuestionario, el sistema hace una devolución sobre las características de consumo de los participantes, enfatizando que no es un diagnóstico, y en caso de detectar un consumo >4/>5 copas completas por ocasión al menos una vez en los últimos 12 meses, el sistema incorpora información sobre la ubicación de centros especializados en la atención del consumo de alcohol.

Análisis estadístico

Se realizó un Análisis de Clases Latentes (ACL) para agrupar a los estudiantes en conglomerados a partir de identificar patrones más frecuentes y similares en la distribución de las respuestas al cuestionario; empleando probabilidades condicionales de la distribución de las variables observadas, el análisis estima los parámetros del modelo de clases, es decir de variables discretas no observadas, sin basarse en los supuestos tradicionales del modelado (Reyna & Brussino, 2011); lo cual permite analizar variables con diferentes métricas incluyendo datos categóricos (Monroy Monroy et al., 2010).

Técnicamente, los parámetros del modelo son estimados por el método máxima verosimilitud, que se define como la probabilidad de que cada conjunto de datos haya sido generado por el modelo a través de la distribución conjunta de todos los datos (Reyna & Brussino, 2011). La determinación del número óptimo de clases latentes se realiza examinando el ajuste de cada modelo mediante los criterios de información bayesiana (BIC), el criterio de información de Akaike (AIC) y el índice estadístico de mejor ajuste del modelo (LL). El procesamiento de datos y el ACL se realizó con el programa *Statistics Data Analysis Special Edition 16*.

Resultados

Sociodemográficos

Inicialmente respondieron 4013 estudiantes de los que se eliminó al 3.1% por inconsistencias en los datos, todos los resultados se obtuvieron a partir de la muestra restante de 3888 participantes ($\mu_{\text{edad}}=17.1$, $EE=0.03$, IC 95% [17.04-17.20]), 1,928 fueron mujeres y 1,960 hombres, que constituyeron 13.3% de la matrícula de todas UA participantes, actualizada a enero de 2018, como se refiere en la tabla 7.

Tabla 7*Proporción de cuestionarios respondidos por unidad académica*

Unidades académicas por nivel	Matrícula	Hombres (50.4%)	Mujeres (49.6%)	Media de edad (DE)	Proporción de respuestas según matrícula por Unidad Académica	
					2018	2019
NS 1	2776	186	480	19.4 (2.2)	3.3%	20.7%
NS 2	2688	30	71	20.2 (1.7)	-	3.7%
NS 3	1207	74	307	20.8 (2.1)	-	31.6%
NS 4	16175	8	2	24.6 (2.2)	0.06%	-
NMS 1	2274	582	644	15.9 (1.3)	28.6%	-
NMS 2	4195	1080	424	15.9 (1.2)	35.8%	-
Total	29315	1960	1928	17.1 (2.4)	13.3%	

Nota. NS = nivel superior. NMS = nivel medio superior.

Es de notarse la diferencia estadísticamente significativa en la proporción de participantes por nivel educativo (NMS=70.2%, $\bar{X}_{edad}=15.9$, $DE=1.2$; y NS=29.8%, $\bar{X}_{edad}=19.9$, $DE=2.2$), no obstante que por sexo se observó la misma proporción de participantes (hombres=50.4%, $\bar{X}_{edad}=16.6$, $DE=2.1$; y mujeres=49.6%, $\bar{X}_{edad}=17.6$, $DE=2.6$), esta diferencia pudo deberse a la directividad ejercida sobre los adolescentes en el NMS, respecto a la ejercida sobre los adultos jóvenes en el NS para lograr su participación.

Las diferencias en el resto de las variables sociodemográficas que se muestran en la tabla 8, hablan de la heterogeneidad de condiciones entre los estudiantes, excepto en la variable tiempo de dedicación a las labores escolares durante el año previo al momento de responder la encuesta, lo que apunta a la importancia que brindan las familias (77.9% viven con familia nuclear o uniparental) a la continuidad en la formación académica de los jóvenes una vez que han iniciado los estudios, sin importar si son hombres o mujeres, ni el nivel educativo en el que se encuentren inscritos.

Tabla 8*Características sociodemográficas de los participantes por sexo*

Variable	N=3888	(%)	Hombres n=1960	(50.4%)	Mujeres N=1928	(49.6%)
Nivel***						
Superior	1158	(29.8)	298	(15.2)	860	(44.6)
Medio superior	2730	(70.2)	1662	(84.8)	1068	(55.4)
Tiempo de dedicación a las labores escolares						
No estudió el año pasado	437	(11.2)	205	(10.5)	232	(12.0)
Medio tiempo	727	(18.7)	379	(19.3)	14	(18.0)
Tiempo completo	2724	(70.1)	1376	(70.2)	1348	(69.9)
Tiempo de trabajo remunerado***						
No trabajó el año pasado	3117	(80.2)	1510	(77.0)	1607	(83.4)
Medio tiempo	478	(12.3)	284	(14.5)	194	(10.1)
Tiempo completo	293	(7.5)	166	(8.5)	127	(6.6)
Tipo de localidad de procedencia**						
Una gran urbe o ciudad grande	2040	(52.5)	979	(49.9)	1061	(55.0)
Una ciudad mediana	1015	(26.1)	560	(28.6)	455	(23.6)
Una ciudad pequeña	447	(11.5)	245	(12.5)	202	(10.5)
Un poblado	353	(9.1)	158	(8.1)	195	(10.1)
Una ranchería	33	(0.8)	18	(0.9)	15	(0.8)
Limitaciones por ausencia de salud***						
Si	427	(11.0)	195	(9.9)	232	(12.0)
No	3461	(89.0)	1765	(90.1)	1696	(88.0)
Tipo de familia con quien habita***						
Nuclear/uniparental	3030	(77.9)	1537	(78.4)	1493	(77.4)
Familia propia (pareja y/o hijos)	53	(1.4)	21	(1.1)	32	(1.7)
Otra	805	(20.7)	402	(20.5)	403	(20.9)
Estado civil***						
Soltero	3631	(93.4)	1803	(92.0)	1828	(94.8)
Casado o en unión libre	145	(3.7)	84	(4.3)	61	(3.2)
Otro	112	(2.9)	73	(3.7)	39	(2.0)
Escolaridad del padre**						
Sin escolaridad	43	(1.1)	22	(1.1)	21	(1.1)

Variable	N=3888	(%)	Hombres n=1960	(50.4%)	Mujeres N=1928	(49.6%)
Primaria y secundaria	1130	(29.1)	449	(22.9)	581	(30.1)
Bachillerato	1447	(37.2)	718	(36.6)	729	(37.8)
Licenciatura y posgrado	1164	(29.9)	633	(32.3)	531	(27.5)
Otra	104	(2.7)	38	(1.9)	66	(3.4)
Escolaridad de la madre*						
Sin escolaridad	26	(0.7)	13	(0.7)	13	(0.7)
Primaria y secundaria	1184	(30.5)	563	(28.7)	621	(32.2)
Bachillerato	1544	(39.7)	777	(39.6)	767	(39.8)
Licenciatura y posgrado	1094	(28.1)	592	(30.2)	502	(26.0)
Otra	39	(1.0)	15	(0.8)	24	(1.2)
Tiempo de convivencia con papá al día*						
Menos de 1 hora	684	(17.6)	314	(45.9)	370	(54.1)
Hasta 2 horas	735	(19)	378	(51.4)	357	(48.6)
Hasta 4 horas	1073	(27.6)	572	(29.2)	501	(26)
Más de 5	983	(25.2)	500	(50.9)	483	(49.1)
Sin figura paterna	413	(10.6)	196	(47.5)	217	(52.5)
Tiempo de convivencia con mamá al día***						
Menos de 1 hora	258	(6.6)	114	(44.2)	144	(55.8)
Hasta 2 horas	405	(10.4)	239	(59)	166	(41)
Hasta 4 horas	839	(21.6)	459	(54.7)	380	(45.2)
Más de 5	2248	(57.8)	1075	(47.8)	1173	(52.2)
Sin figura materna	138	(3.6)	73	(52.8)	65	(47.1)
El ingreso familiar cubre necesidades:						
Cotidianas***						
Siempre	1227	(31.6)	666	(34.0)	561	(29.1)
Casi siempre	1461	(37.6)	765	(39.0)	696	(36.1)
Algunas veces	789	(20.3)	342	(17.4)	447	(23.2)
Nunca	411	(10.6)	187	(9.5)	224	(11.6)
Ocasionales***						
Siempre	728	(18.7)	417	(21.3)	311	(16.1)
Casi siempre	1489	(38.3)	802	(40.9)	687	(35.6)
Algunas veces	1487	(38.2)	669	(34.1)	818	(42.4)
Nunca	184	(4.7)	72	(3.7)	112	(5.8)
Diversión***						

Variable	N=3888	(%)	Hombres n=1960	(50.4%)	Mujeres N=1928	(49.6%)
Siempre	625	(16.1)	341	(17.4)	284	(14.7)
Casi siempre	1076	(27.7)	583	(29.7)	493	(25.6)
Algunas veces	1714	(44.1)	828	(42.2)	886	(46.0)
Nunca	473	(12.2)	208	(10.6)	265	(13.7)

Nota: Los asteriscos refieren la significancia estadística para χ^2 .

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Aunque puede resultar aventurado, se puede suponer que la diferencia porcentual entre las actividades de medio tiempo y tiempo completo, más alto en los hombres, puede ayudar a comprender el contraste con lo reportado por las mujeres sobre una menor satisfacción de necesidades cotidianas, ocasionales y de diversión, en tanto cuentan con menores ingresos autogenerados que los hombres.

Las respuestas del rubro sobre los bienes y servicios que alcanza a cubrir el ingreso familiar se agruparon en necesidades cotidianas que se refiere a alimentación, vestido, útiles escolares y el pago de servicios como luz, agua y transporte; necesidades ocasionales hace referencia al mantenimiento de la casa y compra de vestimenta deseada; en tanto las necesidades de diversión tiene que ver con el esparcimiento y la compra de obsequios.

En cuanto al uso de alcohol, la tabla 9 muestra una diferencia que resultó estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, específicamente en la presencia de consumo alguna vez en la vida, $X^2(1, 3888)=44.02$, $p < .001$, lo que también se observó en el nivel de la variable en el último año, $X^2(3, 1219)= 8.78$, $p=0.03$) y marginalmente en el último mes, $X^2(2, 1214)=5.71$, $p=0.057$. Llama la atención que del número de participantes que reportaron haber bebido alguna vez en la vida, la mitad (47.9%) lo hizo en el último año, donde se encontró una diferencia significativa entre hombres (76) y mujeres (275) únicamente para el NS, $X^2(3, 351)=8.17$, $p=0.04$; y en el último mes (47.7%), donde no hubo diferencias

significativas; lo que apunta hacia el cambio o emparejamiento del tamaño en las proporciones de la frecuencia de consumo, que históricamente ha afectado más a los hombres, sin pasar por alto la influencia del sesgo en la composición de la muestra en el NS en estos resultados.

Tabla 9*Uso de alcohol y problemas asociados al consumo*

Variable	N=3888	(%)	Hombres n=1960	(50.4%)	Mujeres N=1928	(49.6%)
Uso de alcohol						
Frecuencia						
Alguna vez en la vida***	2540	(65.3)	1182	(60.3)	1358	(70.4)
En el último año**	1219	(31.4)	612	(31.2)	607	(31.5)
En el último mes	1214	(31.2)	590	(30.1)	624	(32.4)
Consumo $\geq 5^*/\geq 4^*$	1456	(37.4)	706	(36.0)	750	(38.9)
Intensidad						
Cantidad en un día típico de consumo***						
Hasta 2	1124	(28.9)	557	(28.4)	567	(29.4)
Hasta 4	445	(11.4)	209	(10.7)	236	(12.2)
Hasta 6	277	(7.1)	122	(6.2)	155	(8.0)
Hasta 9	99	(2.5)	60	(3.1)	39	(2.0)
Más de 10	114	(2.9)	83	(4.2)	31	(1.6)
Historia de consumo						
Edad de inicio (DE)	14.6	(2.6)	14.2	(2.5)	14.9	(2.5)
Tiempo de exposición a la sustancia (DE)	2.8	(2.7)	2.6	(2.7)	2.9	(2.7)
Frecuencia de intoxicación**						
Nunca en el último año	910	(23.4)	457	(23.3)	453	(23.5)
Por lo menos una vez en el último año	653	(16.8)	308	(15.7)	345	(17.9)
Una vez en el último mes	300	(7.7)	145	(7.4)	155	(8.0)
De dos a tres veces en el último mes	150	(3.9)	87	(4.4)	63	(3.3)
Una o más veces en la última semana	46	(1.2)	34	(1.7)	12	(0.6)

Variable	N=3888	(%)	Hombres n=1960	(50.4%)	Mujeres N=1928	(49.6%)
Consumo compulsivo						
Imposibilidad de parar el consumo una vez iniciado***						
Nunca	1460	(37.6)	692	(35.3)	768	(39.8)
Menos de una vez al mes	426	(11.0)	238	(12.1)	188	(9.8)
Mensualmente	112	(2.9)	58	(3.0)	54	(2.8)
Semanalmente	39	(1.0)	23	(1.2)	2	(0.1)
Diario o casi diario	22	(0.6)	20	(1.0)	2	(0.1)
Bebe al día siguiente						
Nunca	1776	(45.7)	844	(43.1)	932	(48.3)
Menos de una vez al mes	199	(5.1)	125	(6.4)	74	(3.8)
Mensualmente	47	(1.2)	36	(1.8)	11	(0.6)
Semanalmente	24	(0.6)	18	(0.9)	6	(0.3)
Diario o casi diario	13	(0.3)	8	(0.4)	5	(0.3)
Consecuencias asociadas al consumo						
Incumplir responsabilidades***						
Nunca	1668	(42.9)	1239	(63.2)	429	(22.3)
Menos de una vez al mes	268	(6.9)	203	(10.4)	65	(3.4)
Mensualmente	82	(2.1)	70	(3.6)	12	(0.6)
Semanalmente	24	(0.6)	20	(1.0)	4	(0.2)
Diario o casi diario	17	(0.4)	13	(0.7)	4	(0.2)
Culpabilidad o remordimiento***						
Nunca	1535	(39.5)	1441	(52.8)	294	(25.4)
Menos de una vez al mes	364	(9.4)	267	(9.8)	97	(8.4)
Mensualmente	64	(1.6)	58	(2.1)	6	(0.5)
Semanalmente	27	(.7)	22	(0.8)	5	(0.4)
Diario o casi diario	69	(1.8)	57	(2.1)	12	(1)
Olvidos***						
Nunca	1526	(39.2)	500	(25.5)	395	(20.5)
Menos de una vez al mes	391	(10.1)	152	(7.8)	93	(4.8)
Mensualmente	81	(2.1)	35	(1.8)	14	(0.7)
Semanalmente,	29	(0.7)	9	(0.5)	5	(0.3)
Diario o casi diario,	32	(0.8)	10	(0.5)	7	(0.4)
Lesiones propias o a terceros***						

Variable	N=3888	(%)	Hombres n=1960	(50.4%)	Mujeres N=1928	(49.6%)
No	1839	(47.3)	1386	(70.7)	453	(23.5)
Sí, pero no en los últimos 12 meses	124	(3.2)	80	(4.1)	44	(2.3)
Sí, en los últimos 12 meses	96	(2.5)	79	(4.0)	17	(0.9)
Preocupación de otros por la forma de beber propia***						
No	1708	(43.9)	584	(29.8)	446	(23.1)
Sí, pero no en los últimos 12 meses	139	(3.6)	50	(2.6)	33	(1.7)
Sí, en los últimos 12 meses	201	(5.2)	72	(3.7)	35	(1.8)
Número de consecuencias (DE)	3.0	(1.7)	2.7	(29.8)	3.3	(23.1)

Nota: Los asteriscos refieren la significancia estadística para χ^2 .

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Respecto al consumo excesivo ($\geq 5^*/\geq 4$), se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres que reportaron haber alcanzado o superado el umbral al menos una vez en el último año $X^2(3, 1044)=11.25$, $p=.01$, diferencias que no se mantuvieron al hacer las comparaciones por nivel educativo (615 hombres, 429 mujeres NMS; 91 hombres, 321 mujeres NS), es decir, que las similitudes en la frecuencia de consumo excesivo por nivel, también evidencian la dinámica de cambio en las formas de consumo ya señalada.

Una variable muy relacionada con la anterior es la cantidad de bebidas estándar consumidas en un día típico donde se encontraron diferencias significativas, $X^2(4, 2059)=33.82$, $p<.001$ entre hombres y mujeres, estas diferencias desaparecieron al compararse el consumo de menor riesgo, es decir, de una hasta cuatro copas. Un comportamiento semejante se encontró al hacer las mismas comparaciones por nivel educativo, $X^2(4, 1546)=20.86$, $p<.001$ para NMS y $X^2(4, 513)=20.64$, $p<.001$ para NS; así como entre quienes reportaron consumo de mayor riesgo, es decir de cinco a diez o más copas, $X^2(2, 326)=10.35$, $p<.01$ NMS y , $X^2(2,$

164)=13.44, $p<.01$ NS, evidencia de que la intensidad de consumo sigue afectando más a los hombres independientemente del nivel educativo al que pertenezcan.

Como observación se puede decir que, si bien existe una amplia aceptación de la definición operacional para consumo excesivo, ésta, además de la composición de la muestra por nivel educativo, podrían influir en la sobreestimación de este indicador entre las mujeres; sin embargo, en cuanto al indicador de intensidad de consumo, queda más claro que los hombres siguen siendo los más afectados, particularmente cuanto mayor es el consumo acostumbrado en un día típico, en tanto que para las mujeres, el rango de entre cinco y hasta seis copas resultó notoriamente más alto en el NS.

Respecto a la historia de consumo, la edad de inicio mostró una media poblacional ($\mu=14.6$, $ES=0.04$, $IC95\%$ [14.55-14.72], $Mdn=15$, $\bar{X}=14.2$, $DS=1.9$, hombres y $\bar{X}=15.0$, $DS=2.0$ mujeres); menor por más de tres años al valor de la media nacional en población abierta que fue de 17.9 (INPRFM et al., 2017), y un valor menor por 0.6 años al de la mediana reportado internacionalmente de 15.6 en estudiantes universitarios de nuevo ingreso (Auerbach et al., 2018), este indicador, además del tiempo de exposición a la sustancia ($\mu=2.6$, $ES=0.05$, $IC95\%$ [2.5-2.7], $Mdn=2$, $\bar{X}=2.5$, $DS=2.2$, hombres y $\bar{X}=2.7$, $DS=2.4$, mujeres), parecen ser concomitantes en la trayectoria de consumo, en tanto se encontraron diferencias significativas al comparar el consumo entre hombres y mujeres en un día típico cuando el inicio de consumo fue igual o menor al valor de su mediana y el tiempo de exposición fue igual o mayor a la propia (5 y 2 respectivamente), $X^2(4, 991)=11.0$, $p<.01$; es decir, la diferencia en la intensidad de consumo se acentúa en aquellos que inician más temprano y cuentan con mayor tiempo de exposición a la sustancia. El mismo comportamiento se observó al realizar las mismas comparaciones empleando la frecuencia de consumo excesivo $X^2(3, 760)=8.61$, $p=.03$.

En cuanto a frecuencia de intoxicación al menos una vez en el último año, se encontraron diferencias significativas entre los participantes, $X^2(2, 496)=12.14$, $p<.01$,

diferencias observadas sólo en el NMS, $\chi^2(2, 379)=10.14$, $p<.01$, lo que sugiere la similitud entre hombres y mujeres conforme se transita de nivel educativo; sin embargo, el indicador está sujeto a variables orgánicas como el sexo y habituación, velocidad e intensidad del consumo, además del sesgo de memoria y la deseabilidad social, lo que de alguna manera puede interferir en la descripción más puntual de las características de los participantes.

Sin embargo, de lo anterior se desprende que hay una estrecha cercanía de las mujeres a las formas de consumo de los hombres, aun cuando las diferencias en las variables sobre el uso de alcohol e historia de consumo apuntan a la presencia de una mayor afectación entre los hombres pero que se va desvaneciendo conforme se transita de nivel educativo, aunque esto no es enteramente sostenible dada la proporción diferenciada de participantes por nivel educativo, sí ofrece una imagen bastante fiable de lo que ocurre en los entornos escolares referidos.

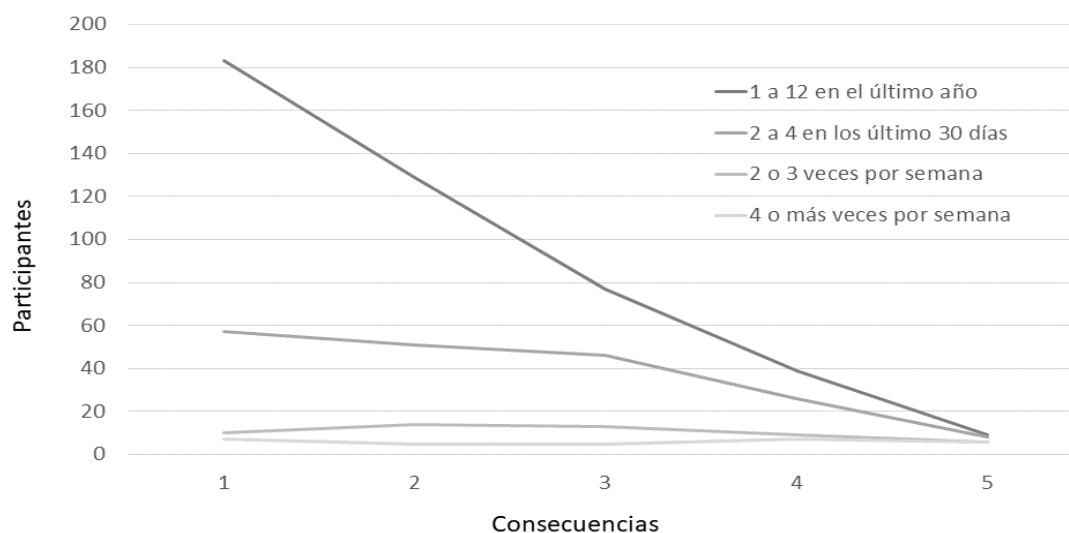
Las diferencias estadísticas significativas encontradas entre quienes reportaron no poder parar una vez que se ha iniciado el consumo en el último año, $\chi^2(3, 599)=11.78$, $p<.01$; que se mantuvieron por nivel educativo, $\chi^2(3, 474)=11.90$, $p<.01$ para NMS y $\chi^2(3, 125)=13.63$, $p<.01$ para NS, sugieren un comportamiento similar a lo ya reportado, una mayor afectación entre hombres que disminuye en el nivel superior; mientras que entre aquellos que reportaron beber la mañana siguiente de un episodio de consumo excesivo no se encontraron diferencias significativas.

Respecto al número de consecuencias por consumo, de 1219 participantes que declararon haber consumido al menos una bebida completa en los últimos 12 meses, el 58% reportó haber sufrido al menos una de las cinco consecuencias exploradas en el cuestionario en el mismo periodo de tiempo (324 hombres y 208 mujeres pertenecían al NMS y 38 hombres y 137 mujeres al NS), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas por nivel, frecuencia o intensidad de consumo, lo que refuerza la idea de que la presencia de

consecuencias afecta, prácticamente, de la misma forma tanto a hombres como a mujeres independientemente de la variación en la proporción de participantes por nivel. La Figura 9 muestra que la disminución en el espaciamiento de la frecuencia de consumo tiende a un aumento en el número de consecuencias en un número considerablemente menor de participantes, de los que resaltan aquellos que beben entre dos y cuatro veces por mes con un número de consecuencias entre una y tres.

Figura 9

Frecuencia de consumo de una copa o más y consecuencias en el último año



Clases latentes

El proceso de construcción del modelo de clases latentes se inició incorporando al análisis los datos disponibles y teóricamente más relevantes, para *uso de alcohol* se emplearon cuatro variables, dos categóricas: frecuencia de consumo de al menos una bebida estándar en el último año y frecuencia de consumo $\geq 4/\geq 5$ (de al menos una vez en el último año hasta una o más veces en la última semana); una ordinal: cantidad máxima de bebidas consumidas en un día típico; y una numérica: promedio de copas consumidas en un mes.

Para *historia de consumo* se emplearon tres variables, una categórica: frecuencia de intoxicación y dos numéricas: edad de inicio de consumo y tiempo de exposición a la sustancia.

Para *consecuencias relacionadas con el consumo* se emplearon cinco variables categóricas: culpabilidad o remordimiento, incumplimiento de responsabilidades, olvidos, lesiones propias o de terceros y preocupación de otros por la manera propia de beber.

Se incorporaron de manera progresiva en el proceso analítico cada una de las variables mencionadas, en adelante indicadores, de las variables generales: uso de alcohol, historia de consumo y consecuencias asociadas al consumo. Al no encontrar modelos bien ajustados, se decidió recodificar el indicador de consumo excesivo como cumple/no cumple el umbral de consumo excesivo para hombres y mujeres, en lugar de emplear todas las opciones temporales comprendidas como respuestas en el reactivo original.

Otro procedimiento de recodificación se llevó a cabo con los indicadores de consecuencias asociadas al consumo, originalmente codificados como una medición categórica politómica de la frecuencia de su ocurrencia en un horizonte de tiempo de 12 meses, estos fueron recodificados, agrupados y tratados como una sola medición de carácter ordinal.

El resultado fue un mejor ajuste del modelo, que mejoró al incorporar el número máximo de bebidas consumidas en un día típico. Finalmente se agregó el tiempo de exposición a la sustancia, una variable construida restando la edad de inicio de consumo a la edad actual del participante que bebió al menos una copa completa en el último año.

El ACL identificó cuatro clases distintas, o patrones emergentes de consumo de alcohol (PEC), construidas a partir de los indicadores más relevantes de cada variable general, la elección de la solución de cuatro clases se fundó en los valores obtenidos para los criterios de mejor ajuste del modelo; teóricamente se espera que con la incorporación de más clases por modelo, los valores en los criterios AIC y BIC sean cada vez menores, cuando esto deja de ocurrir el modelo ya no se ajusta; para contrastar la diferencia entre cada modelo se espera

que los valores de LL sean significativos, sin embargo también puede haber valores significativos sin disminución de AIC o BIC, lo que efectivamente ocurrió en el análisis, ante lo cual se recurrió al principio de parsimonia, para facilitar la interpretación de los resultados, los valores finales del modelo de cuatro clases se muestra en la tabla 10.

Tabla 10

Ajuste del modelo de cuatro clases para consumo de alcohol

Modelo	AIC	BIC	LL	p-valor
Una clase	28761.0	28786.1	-14376.5	<0.001
Dos clases	26160.3	26216.7	-13071.14	<0.001
Tres clases	25767.9	25855.7	-12869.97	<0.001
Cuatro clases	25619.8	25738.9	-12790.9	<0.001

Nota: AIC=Criterio de Información de Akaike. BIC=Criterio de Información Bayesiana. LL=Índice Estadístico de mejor ajuste del Modelo.

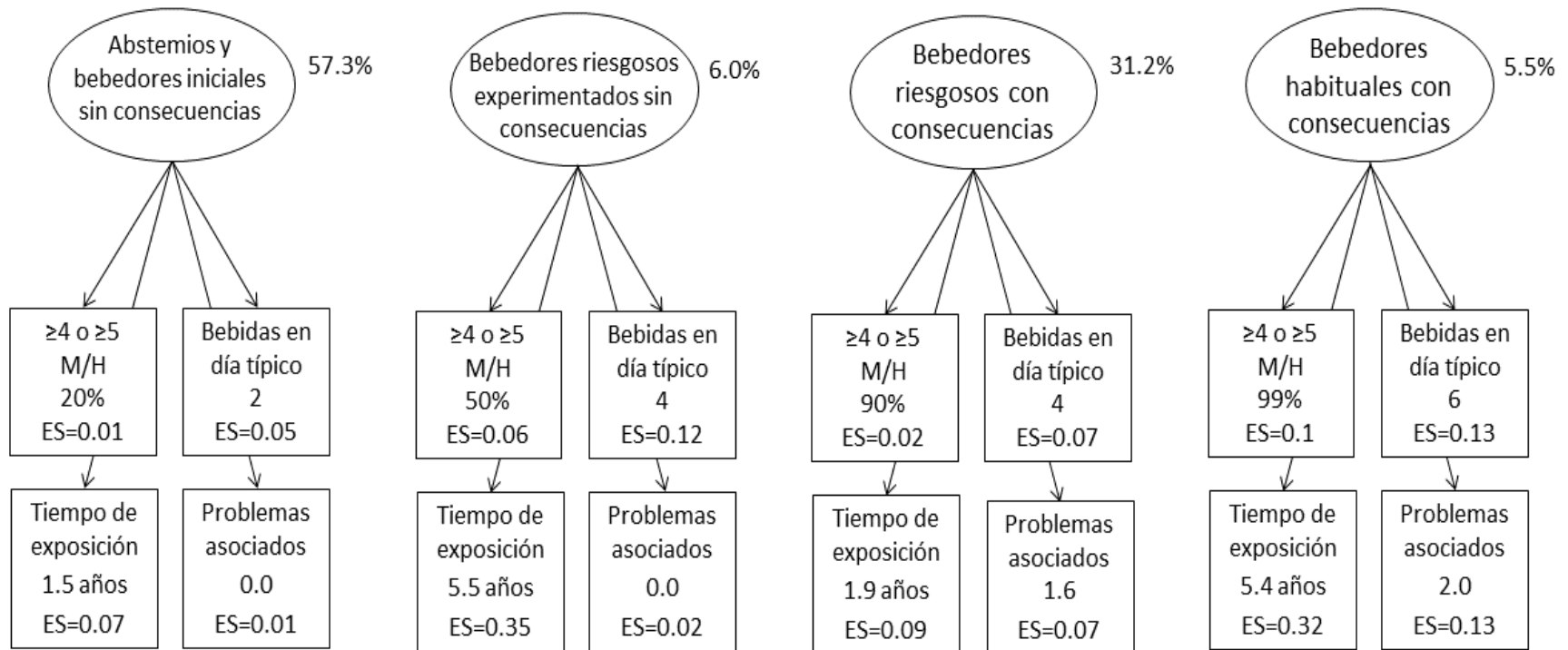
La figura 10 es una representación gráfica del modelo resultante, cada clase está constituida por indicadores de las tres variables generales; para uso de alcohol se emplearon los indicadores de consumo excesivo recodificados y el número de bebidas ingeridas en un día típico de consumo; para la historia de consumo se empleó el indicador tiempo de exposición a la sustancia; y para las consecuencias relacionadas con el consumo se emplearon los cinco indicadores recodificados.

Las elipses indican las variables latentes que estructuran el conjunto de variables observadas en la muestra, representadas por los cuatro cuadrados por clase. Los valores porcentuales para $4 \geq$ o ≥ 5 M/H, representan la proporción de mujeres y hombres que han alcanzado este umbral de bebidas consumidas al menos una vez en el último año; en la parte inferior de los cuadros también se reporta el error estándar (ES) asociado a la cada variable.

Figura 10

Modelo de los patrones emergente de consumo de alcohol en estudiantes

N=3888



La primera clase denominada Abstemios y Bebedores Iniciales sin Consecuencias (ABISC) aglutinó al 57.3% de los participantes, que con una exposición a la sustancia de 1.5 años, típicamente beben dos copas en un día de consumo, con una probabilidad del 20% de alcanzar o superar el umbral de consumo excesivo, no presentan consecuencia alguna.

La segunda clase, Bebedores Riesgosos Experimentados sin Consecuencias (BRESCE) concentró al 6% de los participantes, con un tiempo de exposición a la sustancia de 5.5 años, típicamente beben cuatro copas en un día de consumo, con una probabilidad de 50% de alcanzar o superar el consumo excesivo, y sin reporte de consecuencias en el último año.

La tercera clase, Bebedores Riesgosos con Consecuencias (BRCC), que reunió al 31.2% de los encuestados, con una exposición a la sustancia de 1.9 años, un consumo típico de 4 copas, una probabilidad de consumo excesivo del 90%, presentaron 1.6 consecuencias en los últimos 12 meses.

La cuarta clase, Bebedores Habituales con Consecuencias (BHCC) reunió al 5.5% de los participantes, con 5.4 años de exposición al alcohol, beben seis copas por día típico de consumo, con una probabilidad del 99% de alcanzar y superar el consumo excesivo, y han presentado dos de cinco consecuencias en el último año.

Para averiguar la posible configuración de modelos estructuralmente diferentes, se llevaron a cabo ACL en distintos segmentos de la población participante. Los modelos de mejor ajuste se obtuvieron por sexo; para hombres, el modelo conservó el mismo número de clases con los mismos indicadores que en modelo general, como se muestra en las tablas 11 y 12.

Tabla 11*Modelo de cuatro clases para consumo de alcohol en hombres*

Indicadores	Clases latentes							
	Sin consecuencias				Con consecuencias			
	ABISC n=608 (31%)		BRESC n=118 (6%)		BRCC n=100 (5%)		BHCC n=1134 (58%)	
	Marginales	ES	Marginales	ES	Marginales	ES	Marginales	ES
Tiempo de exposición	1.3	0.10	4.7	0.43	1.8	0.12	5.2	0.40
Copas día típico	2	0.07	4	0.17	4	0.10	6	0.19
Consumo excesivo (≥4/≥5)	0.12	0.02	0.47	0.08	0.80	0.03	0.99	0.01
Consecuencias	0.03	0.01	0.3	0.03	1.5	0.12	2.3	0.18

Nota: ABISC=Abstemios y Bebedores Iniciales sin Consecuencias. BRESC=Bebedores Riesgosos Experimentados sin Consecuencias. BRCC=Bebedores Riesgosos con Consecuencias. BHCC=Bebedores Habituales con Consecuencias.

Tabla 12*Ajuste del modelo de cuatro clases para consumo de alcohol en hombres*

Modelo	N	AIC	BIC	LL	p-valor
Primera clase	1960	14593.1	14615.4	-7292.5	<0.001
Segunda clase	1960	13184.6	13234.8	-6583.3	<0.001
Tercera clase	1960	13003.2	13081.3	-6487.6	<0.001
Cuarta clase	1960	12918.4	13024.4	-6440.2	<0.001
Quinta clase	1960	12894.9	13023.3	-6424.5	>0.05

Nota: AIC=Criterio de Información de Akaike. BIC=Criterio de Información Bayesiana. LL=Índice Estadístico de mejor ajuste del Modelo.

Salta a la vista el aumento en la proporción de la clase BHCC en detrimento de las tres clases restantes, particularmente de ABISC y BRCC si se contrasta con el modelo general. La concentración de los participantes en las categorías más extremas, es decir, ABISC y BHCC. Y de manera semejante al modelo general, la existencia de una clase sin consecuencias

(BRESC), con un tiempo de exposición a la sustancia cercano a la clase más extrema (4.7 y 5.2 años), con la mitad de las probabilidades de consumo excesivo (47 y 99 por ciento), pero dos veces menos consecuencias.

A diferencia del modelo para hombres, el modelo de mejor ajuste para las mujeres resultó con tres clases y los mismos cuatro indicadores, como se muestra en las tablas 13 y 14.

Tabla 13

Modelo de tres clases para consumo de alcohol en mujeres

Indicadores	Clases					
	Sin consecuencias		Con consecuencias			
	ABISC 1091 (56.6%)		BRCC n=682 (35.4%)		BHCC 155 (8%)	
	Marginales	ES	Marginales	ES	Marginales	ES
Tiempo de exposición	1.9	0.09	2.1	0.14	6.2	0.34
Copas día típico	2	0.06	4	0.08	4	0.13
Consumo excesivo ($\geq 4/\geq 5$)	0.29	0.02	0.91	0.02	.97	0.02
Consecuencias	0.03	0.01	1.9	0.09	1.1	0.13

Iniciales sin Consecuencias. BRCC=Bebedoras Riesgosos con Consecuencias. BHCC=Bebedores Habituales con Consecuencias.

Tabla 14

Ajuste del modelo de tres clases para consumo de alcohol en mujeres

Modelo	N	AIC	BIC	LL	p-valor
Primera clase	1928	14089.7	14111.9	-7040.8	<0.001
Segunda clase	1928	12906.8	12956.9	-6444.4	<0.001
Tercera clase	1928	12699.2	12777.1	-6335.6	<0.001
Cuarta clase	1928	12656.5	12756.6	-6310.2	>0.05

Nota: AIC=Criterio de Información de Akaike. BIC=Criterio de Información Bayesiana. LL=Índice Estadístico de mejor ajuste del Modelo.

Son de notar el aumento en la proporción de una clase con consecuencias (BRCC) y la desaparición de otra sin consecuencias (BRESC); los datos que apuntan una dinámica de incorporación reciente de las mujeres a las filas de consumidores, evidenciada por los 1.9 y 2.1 años de exposición, con un aumento en la probabilidad de consumo excesivo de 29% a 91% entre las clases ABISC y BRCC; un aumento de casi el doble de consecuencias en BRCC en comparación con BHCC, aun cuando para la segunda, el tiempo de exposición es tres veces mayor y muestra una probabilidad ligeramente más alta de consumo excesivo; aunque con baja proporción de participantes agrupadas en la clase BHCC, no obstante, ésta se encuentra lejos de la del modelo para hombres en la misma categoría.

En cuanto al nivel educativo, el modelo de mejor ajuste para el NMS arrojó tres clases con tres indicadores que se pueden ver en las tablas 15 y 16.

Tabla 15

Modelo de tres clases para consumo de alcohol nivel medio superior

Indicadores	Clases latentes					
	Sin consecuencias				Con consecuencias	
	ABISC n=2029 (74.3%)		BRESC n=76 (2.8%)		BRCC n=625 (22.9%)	
	Marginales	ES	Marginales	ES	Marginales	ES
Tiempo de exposición	1.3	0.07	4.3	0.58	2.4	0.08
Copas día típico	2	0.05	4	0.18	4	0.07
Consecuencias	0.09	0.01	0.2	-	2	0.08

Nota: ABISC=Abstemios y Bebedores Iniciales sin Consecuencias. BRESC=Bebedores Riesgosos Experimentados sin Consecuencias. BRCC=Bebedores Riesgosos con Consecuencias.

Tabla 16

Ajuste del modelo de tres clases para consumo de alcohol nivel medio superior

Modelo	N	AIC	BIC	LL	p-valor
Primera clase	2730	16772.6	16790.4	-8383.3	<0.001
Segunda clase	2730	15591.1	15632.4	-7788.5	<0.001
Tercera clase	2730	15516.1	15575.2	-7748.1	<0.001
Cuarta clase	2730	15444.7	15527.4	-7708.3	>0.05

Nota: AIC=Criterio de Información de Akaike. BIC=Criterio de Información Bayesiana. LL=Índice Estadístico de mejor ajuste del Modelo.

Sobresale la desaparición de la clase con consecuencias BHCC, en el modelo se aprecia nuevamente el tiempo de exposición alto, y una presencia de consecuencias apenas notable en BRESC, así como un comportamiento inverso de los mismos indicadores en la clase con consecuencias (BRCC), no obstante que el consumo excesivo reportado en ambas clases es el mismo. Lo anterior vuelve razonable hipotetizar sobre un aumento en la proporción de BRCC en el corto plazo, en detrimento de los bebedores iniciales sin consecuencias, sin cambios importantes en la proporción de la clase BRESC.

Para el NS el análisis produjo un modelo ajustado a dos clases con tres indicadores, referidos en las tablas 17 y 18, con el principal problema de haberse obtenidos a partir de una N relativamente reducida, por la baja coincidencia en las respuestas y probabilidades condicionadas como resultado del sesgo de selección en este nivel, lo que redundó en la agrupación en las clases intermedias del modelo general, es decir, por una menor participación de quienes o son bebedores abstemios o bebedores de inicio reciente por un lado, y por el otro, de quienes cuentan con una prolongada exposición a la sustancia.

Tabla 17*Modelo de dos clases para consumo de alcohol nivel superior*

Indicadores	Clases			
	Sin consecuencias BRESA n=490 (42.3%)		Con consecuencias BRCC n=668 (57.7%)	
	Marginales	ES	Marginales	ES
Tiempo de exposición	3.9	0.16	4.9	0.22
Copas día típico	4	0.08	6	0.20
Consecuencias	0.05	0.03	1.8	0.14

Nota: BRESA=Bebedores Riesgosos Experimentados sin Consecuencias. BRCC=Bebedores Riesgosos con Consecuencias.

Tabla 18*Ajuste del modelo de dos clases para consumo de alcohol nivel superior*

Modelo	N	AIC	BIC	LL	p-valor
Primera clase	700	5829.3	5842.9	-2911.6	<0.001
Segunda clase	700	5540.2	5572.0	-2763.1	<0.001
Tercera clase	515	5302.1	5348.8	-2640.1	>0.05

Nota: AIC=Criterio de Información de Akaike. BIC=Criterio de Información Bayesiana. LL=Índice Estadístico de mejor ajuste del Modelo.

Discusión

De este primer estudio que emplea una versión del cuestionario de aplicación nacional sobre consumo de sustancias en México, para caracterizar diferentes formas de consumo de alcohol relacionadas con la presencia de consecuencias negativas en estudiantes de NMS y NS, se pueden señalar algunas aportaciones a este campo de conocimiento que van de evidenciar la complementariedad de las medidas de frecuencia e intensidad de consumo, a la particularización de las formas de beber de los estudiantes basadas en datos empíricos

provenientes del propio contexto institucional, antes que emplear una taxonomía previamente establecida.

Lo que no quieres decir que alguna de estas medidas sea irrelevante o prescindible, o que se deba rechazar a priori el uso de las formas clásicas de referir el consumo; antes bien, podemos partir de ellas para generar un acercamiento más adecuado a la dinámica de cambio del propio fenómeno en el contexto en que fue estudiado.

Pero antes de discutir las implicaciones del modelo, es importante señalar que los resultados generales apuntan la importancia de las formas de consumo menos severas que afectan a la mayoría de los jóvenes a nivel nacional (INPRFM et al., 2017), universitarios (M. R. Díaz et al., 2012; Solís et al., 2012b, 2012a) y universitarios de reciente ingreso (Strunin et al., 2015). En este caso, por ejemplo, de los estudiantes que han bebido alguna vez en la vida (65.3%), el 57.3% bebieron de manera excesiva al menos una vez en el último año, con una proporción mayor de mujeres (73%) que de hombres (68.4%); mientras que en el último mes o menos, lo hizo el 37.5% de ellas y el 37.4 de ellos.

Estos datos resultan coincidente con estudios de prevalencia que señalan una disminución en la brecha de consumo una o más veces en el último año entre (51.8%) y mujeres (45.7) universitarios de la Ciudad de México (Strunin et al., 2015); lo mismo que del consumo en el último mes de hombres (33.5%) y mujeres (28.1%) en estudiantes de bachillerato (Villatoro et al., 2015). Lo que sugiere a su vez, una necesidad creciente de diseñar estrategias de detección e intervenciones con perspectiva de género (Erol & Karpyak, 2015), independientemente del nivel educativo que cursen.

Un acierto en la construcción del modelo fue el empleo conjunto de la frecuencia de consumo excesivo, operacionalizado y dicotomizado por el cumplimiento/no cumplimiento del umbral $\geq 4/\geq 5$, y la cantidad de bebidas consumidas en un día típico, siendo precisamente dicha

dicotomización una de sus principales críticas, al considerar que obvia la multiplicidad de las formas de beber de las personas que superan tal umbral (Pearson et al., 2016).

Lo que puede resultar cierto cuando se habla de un consumo muy superior al umbral establecido, pero si bien el 27.3% de los participantes (alguna vez en la vida) manifestó consumir siete o más bebidas por día típico, éstos no configuraron alguna clase distinta en el modelo, por el contrario, podemos suponer que se distribuyeron en el resto de las clases, especialmente en BRCC (que aglutinó al 31.2% de los participantes, donde el 90% de ellos ha alcanzado o superado el umbral de consumo excesivo, aunque típicamente consumen hasta cuatro bebidas por ocasión); haciendo más relevantes para su caracterización la combinación del resto de indicadores. Se puede suponer que parte de ese 27% se agrupó en BHCC, e incluso en BRESC, sin embargo, la baja proporción reunida en cada una de estas clases lo hace menos probable.

La consistencia entre la probabilidad de consumo excesivo y la cantidad de consumo, tanto en el modelo general como en los modelos particulares, parece configurar una posible *medida compuesta*, sensible a variaciones en la cantidad más allá del cumplimiento del umbral. No obstante que para las condiciones del estudio la medida compuesta resultó bastante eficiente, probar su capacidad requeriría llevar a cabo investigaciones específicas con diferentes poblaciones.

Otro acierto consistió en integrar al modelo el tiempo de exposición a la sustancia, este ayudó a incrementar el orden al interior de las clases, tras haber obtenido modelos coherentes, aunque limitados, basados en consumo excesivo – dosis típica – consecuencias, incluso empleando el indicador de problemas asociados ya recodificado. Su incorporación actuó como eje articulador entre estos indicadores, que permitió configurar el modelo de cuatro clases; ABISC, BRESC, BRCC, BHCC, con cuatro elementos por clase: Tiempo de Exposición – Consumo Excesivo / Cantidad Típica – Consecuencias.

Un funcionamiento análogo presentó la variable *años desde el primer uso de la sustancia*, en un estudio sobre la transición del uso de diferentes sustancias psicoactivas a la dependencia, empleando análisis de sobrevida Lopez-Quintero et al. (2011), establecieron la probabilidad acumulada de la transición en una muestra representativa de adultos estadounidenses, encontraron que ciertas características compartidas como la historia de trastornos psiquiátricos predecía fuertemente la dependencia, lo mismo que la historia de trastorno por uso de sustancias, propio o en la familia, predecían la dependencia de otras sustancias; y que la probabilidad de transición para consumidores de alcohol tras el primer año fue del 2%, después de diez años la probabilidad fue de 11%, la mitad de los casos de dependencia se observaron a los 13 años, y estimaron que el 22.7% de los bebedores se convertirían en dependientes en algún momento de su vida.

Si bien el ACL reúne a los participantes en clases, en este caso, recurriendo al tiempo de exposición para articular un conjunto de indicadores que den forma a patrones emergentes de consumo de alcohol y sus consecuencias (o técnicamente para reducir la entropía al interior de las clases); y el análisis de sobrevida delinea una progresión hacia la dependencia empleando el tiempo como una medida discreta. En ambos trabajos el tiempo juega un papel central que deja clara su utilidad, en nuestro caso por supuesto, para modelar con más precisión el comportamiento de consumo de alcohol entre estudiantes, que lo que permite el empleo de los indicadores por separado, como habitualmente ocurre en nuestro país. Quizá el análisis de sobrevida pueda ser una herramienta útil para recabar evidencia sobre una posible continuidad y transición entre las clases.

El modelo general apunta fortalezas y debilidades derivadas de la forma de beber de los estudiantes en la institución, por ejemplo, la mayoría de los estudiantes son abstemios o su consumo ha iniciado recientemente y no presentan consecuencias, lo que da una idea de la importancia de diseñar intervenciones preventivas universales dirigidas a retardar el inicio del

consumo, y aumentar el espaciamiento en la periodicidad y cantidad consumidas, desde diferentes ópticas teóricas, como medidas de fomento a la salud de los jóvenes (O'Connor et al., 2018; Witkiewitz et al., 2018).

La variable tiempo de exposición resultó fundamental, como ya se mencionó, para homogenizar las diferentes formas de beber de los estudiantes, debido a que no en todas las clases se evidenció una relación positiva del consumo excesivo y el número de bebidas, con el aumento del número de consecuencias, esto puede observarse en la clase BRCC, donde el tiempo de exposición a la sustancia es ligeramente más alto que ABISC, además de mostrar presencia de consecuencias, una muy alta probabilidad de consumir en exceso y el doble de copas consumidas típicamente, pero que en promedio se mantiene en el umbral $\geq 4/\geq 5$; esto apunta a la necesidad de instrumentar intervenciones selectivas dirigidas a la disminución del consumo (Josep & Basu, 2016), así como para reducir los problemas relacionados (Tanner-Smith & Lipsey, 2015), que en la institución aglutina a casi la tercera parte de los participantes en el estudio.

Lo contrario ocurrió con la clase BRESC, donde el tiempo de exposición es casi tres veces mayor que en la clase anterior (BRCC), pero sin presencia de consecuencias, y alta probabilidad de consumo excesivo, aunque típicamente se mantienen en el umbral $\geq 4/\geq 5$; es factible pensar que estas personas podrían responder más favorablemente a intervenciones sobre disminución del consumo que a las de problemas asociados, como lo reportaron Witkiewitz et al. (2018), al hacer un seguimiento de los efectos del tratamiento a los 36 meses, según su ACL de medidas repetidas, donde emplearon medidas de uso de alcohol semejantes a las empleadas en este trabajo; y donde los miembros de la clase *bebida de bajo riesgo y consumo excesivo* informaron menos bebidas por día de consumo y menos consecuencias que las clases más intensas, y peores resultados en la clase *consumo excesivo*.

Con base en lo anterior, podemos hipotetizar la existencia de un *continuum* no lineal en la forma de consumo de los participantes y las consecuencias padecidas. Lo que resulta teóricamente coincidente con estudios longitudinales sobre trayectorias de consumo, donde los procesos de maduración, como hipótesis, participan en la definición de patrones de iniciación, estabilidad y disminución (N. Berg et al., 2018; Kandel & Logan, 1984), que en el modelo general podrían quedar evidenciados por el aumento progresivo del consumo típico en función del tiempo de exposición, además de la notable disminución en el tamaño de las proporciones por clase; mientras una parte relativamente pequeña de la muestra, parece haber adquirido pericia para evitar ciertas consecuencias del consumo que en los novatos son más frecuentes, tales como lesiones intencionadas, autoinfligidas y no intencionadas (Borges et al., 2017; Borges, et al., 2006).

Otra suposición razonablemente fundada es esperar que quienes pertenezcan a la clase BESEC sientan menos necesidad de iniciar un proceso de cambio, por no experimentar consecuencias a pesar de su mayor tiempo de exposición a la sustancia; análogamente al comportamiento referido por Cadigan et al. (2013), entre la intensidad del consumo y la disposición al cambio, donde los niveles más altos de consumo ocurrieron entre estudiantes con niveles moderados de preparación para el cambio. Identificar a los estudiantes bajo estas condiciones ayudaría en el diseño de intervenciones específicas y para optimizar los recursos disponibles en la propia institución.

En lo que tocante a la clase BHCC, ésta presenta valores elevados en todas las variables, tienen una probabilidad prácticamente absoluta de superar el umbral $\geq 4/\geq 5$ bebidas, dato corroborado por el promedio de bebidas consumidas típicamente; no obstante que el tiempo de exposición, es ligeramente menor a la de BRESC, además de presentar el promedio más alto de consecuencias, esto los identifica como el segmento más cercano al diagnóstico de TCA, lo que alejaría a este tipo de bebedores del alcance de la intervenciones institucionales

universales o selectivas, sin embargo, su detección y evaluación clínica resulta de suma importancia para determinar la necesidad de atención indicada, en instituciones de atención especializada; más aún, si consideramos que esta clase de bebedores tiene la mayor probabilidad de sufrir victimización violenta, como lo ha señalado Strunin et al. (2015).

Finalmente el aumento progresivo del consumo típico y la disminución notable en el tamaño de las proporciones por clase, sugiere que la exposición recurrente y prolongada a la sustancia pudiera estar moderando parcialmente la presencia de consecuencias, al menos en una pequeña proporción de la muestra; lo cual indica que no todos los que comienzan a beber tempranamente progresarán hasta el extremo del *continuum*, ni todos los que se encuentran en la clase BHCC han transitado por las clases precedentes.

La disposición específica de los modelos para hombres y mujeres proporciona una vista sumamente interesante, que ayuda a poner en perspectiva los reportes sobre el rápido estrechamiento en cuanto a las formas de consumo, primeramente cuando prestamos atención al número de clases resultantes, para hombres se mantuvieron las mismas cuatro, mientras que para mujeres desapareció una de las clases sin consecuencias (BRESC), pero esto no quiere decir que las mujeres hayan superado a los hombres en severidad del consumo, si prestamos atención a las proporciones veremos que en hombre, la clase BHCC concentra casi el 58% de los participantes y la clase ABISC el 31%, mientras que en mujeres el 56% está en ABISC y solamente el 8% en BHCC, estos datos apoyan la idea de las intervenciones con perspectiva de género para desacelerar dicho estrechamiento.

En segundo término, al prestar atención a los indicadores en BHCC, las mujeres tienen un año más de exposición en promedio que los hombres; el número de copas que beben típicamente los coloca en un consumo excesivo que es cumplido por prácticamente el 100% de ellas y ellos, pero con el doble de consecuencias para los hombres. Mientras que en ABISC, el tiempo de exposición es ligeramente superior en ellas, igual número típico de copas, pero con

más del doble de probabilidades de alcanzar, o superar el umbral de consumo excesivo, y prácticamente sin consecuencias para ambos.

En BRCC la exposición, una vez más, es ligeramente mayor en las mujeres, con igual número típico de copas, es decir cuatro; que a ellas las coloca técnicamente en consumo excesivo, corroborado por el 91% de probabilidad de haberlo alcanzado al menos una vez en el último año. Y a ellos los mantiene en el límite con un 80% de probabilidad de haber alcanzado o superado el umbral de las cinco copas correspondientes para los hombres, pero con un número ligeramente mayor de consecuencias para ellas.

Si ponemos en duda la definición operacional de consumo excesivo ($\geq 4/\geq 5$), bien podríamos suponer una sobreestimación de ésta en las mujeres, sin embargo, tal definición se estipuló a partir de alcanzar consecuencias similares con ingesta diferenciada, pero los datos al respecto parecen apoyar la definición clásica.

En cuanto a los modelos por nivel educativo, el correspondiente al NMS muestra una estructura de tres clases, desapareciendo la clase BRCC; como era de esperarse, una amplia mayoría debía agruparse en la categoría ABISC, cerca de dos tercios de los participantes de este nivel se agrupan en ésta; aunque no debemos olvidar que estos chicos son menores edad y por lo tanto es ilegal proporcionarles bebidas alcohólicas, aun así, se las ingenian para conseguirlo.

Afortunadamente el consumo excesivo se encuentra ausente, aunque el consumo típico oscila entre dos y cuatro copas por ocasión; además resulta preocupante, por un lado, que el tiempo de exposición alcance hasta 4.3 años en promedio, si bien estos son los menos y no presentan consecuencias (BRESC); y por otro, con dos años menos de exposición, casi la cuarta parte de los participantes de este nivel, estén en el límite del consumo excesivo con cuatro copas por día típico de consumo y la presencia de dos consecuencias asociadas (BRCC).

En cuanto al NS, el modelo resultó poco esclarecedor con dos dimensiones y tres indicadores, los resultados se obtuvieron con n diferentes por clase, debido a la baja coincidencia de respuestas entre los participantes, producto del sesgo de selección, lo que afectó la estimación de las probabilidades condicionadas.

Limitaciones del estudio y recomendaciones

La limitación más evidente del estudio es la conformación de la muestra, aunque el ACL no se encuentra acotado por los supuestos de la distribución normal, un muestreo más riguroso habría resuelto el problema de las muestras desproporcionadas por nivel educativo y sexo en el nivel superior, disminuyendo el sesgo de selección. Otra es el sesgo de memoria inherente a esta forma de recolección de información, además de que el cuestionario no toma en cuenta el posible consumo intermitente, lo que hace tomar con reservas la hipótesis planteada del *continuum*, así sea no lineal; aun así, se puede destacar que su aplicación en línea logró una eliminación mínima de cuestionarios por inconsistencia en las respuestas.

Se sugiere para futuras investigaciones de este tipo, replicar el estudio con muestras representativas por nivel educativo y sexo en diferentes instituciones educativas. Es recomendable continuar con el cálculo de coeficientes de regresión OR para establecer qué variables (sexo, familia, grupos etarios, etc.) pueden estar más asociadas a una clase latente determinada. Así como incluir información específica sobre desempeño escolar para identificar relaciones entre los PEC de consumo con aprovechamiento, cumplimiento de labores escolares y deserción, entre otros.

En resumen, se puede decir que el empleo simultáneo de las medidas sobre consumo excesivo y cantidad consumida en un día típico, derivadas conceptualmente de la frecuencia e intensidad de consumo respectivamente, constituyen un binomio muy útil si se pretende modelar consumo de alcohol y el número de consecuencias asociadas en población estudiantil; que el incremento del tiempo de exposición a la sustancia explica la presencia de mayor

número de consecuencias, a la vez que permite comprender que la exposición recurrente a la sustancia posibilita cierto aprendizaje que ayuda a evitar sus consecuencias, aunque la reaparición intensificada de éstas parece una cuestión de tiempo; y que la dinámica de cambio en las formas de beber es un fenómeno complejo que requiere un monitoreo constantes, que provean información para el diseño intervenciones apropiadas a las necesidades de las instituciones.

Subestudio 2. TBCS para atenuar el Patrón Emergente de Consumo de Alcohol

El propósito del estudio se concentró en obtener evidencia preliminar sobre la influencia de la TBCS, modelo de intervención de corte sistémico, en el cambio de los indicadores de uso y problemas asociados al consumo de alcohol de los PEC obtenidos en el subestudio 1.

Método

Tipo de estudio y diseño

Es un estudio piloto con diseño básico de caso único con dos fases (A-B) y N múltiple.

Participantes

Estudiantes hombres y mujeres mayores de edad, matriculados en alguna UA de la universidad participante.

Para la aplicación de la intervención, participaron tres profesionales varones con edades entre 32 y 61 años, dos de ellos cuentan con formación de posgrado como terapeutas familiares, el tercero, con cursos de formación continua en modelo de intervención específico, los tres cuentan con experiencia privada como terapeutas, superior a los 13 años en promedio.

Selección de la muestra

No probabilística de sujetos voluntarios que hayan cumplido los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años que cursan algún programa en la institución, consumo de alcohol al menos en los últimos tres meses, presencia de problemas asociados al consumo alguna vez en los últimos 12 meses, acepten participar en la intervención y estén de acuerdo

con el contenido del consentimiento informado. Exclusión: registros con información inconsistente respecto al uso o no de alcohol, consumo actual de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días con fines no terapéuticos, cumplir seis o más criterios para TCA, participación en tratamiento para consumo de alcohol u otras sustancias, desacuerdo con la firma del consentimiento informado. Eliminación: registros incompletos, asistencia a dos o menos sesiones de tratamiento, soliciten su salida del proyecto o retiren su consentimiento.

Definición de las variables

Independiente

Conceptualmente los modelos sistémicos de terapia breve, se refieren a la perspectiva que se orienta hacia las pautas que conectan la conducta problema de una persona con la de otras; desde esta perspectiva, el modelo TBCS se puede definir como el enfoque terapéutico interaccional no normativo y no patologizante (K. I. Berg & Miller, 1996), que centra su proceder en los recursos y posibilidades de las personas (Espinosa, 2004), con la clara intención de favorecer las condiciones que faciliten el cambio, atendiendo a las circunstancias en que el problema no está presente o es controlado por los consultantes (Ochoa, 1995).

Operacionalmente, es la manera en que el terapeuta se relaciona con los consultantes asumiendo su visión del mundo (o mecanismos de cambio), que emplea para dotar de contenido específico las intervenciones propias del modelo, con la intención de incorporarlo en la definición y rumbo de su propio proceso terapéutico, la idea es aumentar la probabilidad de que el consultante alcance sus metas en el menor tiempo posible. Sus componentes activos son: el involucramiento de los consultantes en la definición de los objetivos terapéuticos, el uso del lenguaje del consultante, intervenciones diseñadas con base en los recursos y fortalezas del consultante, además de la entrevista orientada al futuro.

Dependiente

Se refiere a las variables susceptibles de cambio que caracterizan los diferentes PEC en que se pueden ubicar a los participantes, referida como uso de alcohol y que se encuentra integrada por la frecuencia de consumo $\geq 4/\geq 5$ bebidas y el número de bebidas consumidas en un día típico de consumo.

Aunque la tabla 19 muestra el nombre asignado a cada clase, las variables que las integran, la definición operacional de cada una y sus respectivos valores de agrupación, los problemas asociados al consumo como variable constitutiva de los PEC, no será empleada como una medida de resultado dada la artificialidad resultante de la brevedad del tiempo disponible para el seguimiento. La variable correspondiente a la historia de consumo, operacionalizada como el tiempo de exposición a la sustancia, solo será descrita por ser evidentemente no susceptible de cambio.

Tabla 19

Patrones emergentes de consumo de alcohol

Patrón Emergente de Consumo de alcohol	Variable	Definición operacional	Valores
Bebedores iniciales sin consecuencias	Uso de alcohol	Probabilidad de consumir ≥ 4 o ≥ 5 bebidas M/H, al menos una vez en el último año.	20%
	Problemas asociados	Número de bebidas en un día típico.	2
	Historia de consumo	Número de problemas asociados al consumo en los últimos 12 meses.	0
Bebedores riesgosos experimentados sin consecuencias	Uso de alcohol	Tiempo de exposición a la sustancia.	1.5
	Uso de alcohol	Probabilidad de consumir ≥ 4 o ≥ 5 bebidas M/H, al menos una vez en el último año.	50%
	Problemas asociados	Número de bebidas en un día típico.	4
		Número de problemas asociados al consumo en los últimos 12 meses.	0

Patrón Emergente de Consumo de alcohol	Variable	Definición operacional	Valores
Bebedores riesgosos con consecuencias	Historia de consumo	Tiempo de exposición a la sustancia.	5.5
	Uso de alcohol	Probabilidad de consumir ≥ 4 o ≥ 5 bebidas M/H, al menos una vez en el último año.	90%
		Número de bebidas en un día típico.	4
	Problemas asociados	Número de problemas asociados al consumo en los últimos 12 meses.	1.6
Bebedores habituales con consecuencias	Historia de consumo	Tiempo de exposición a la sustancia.	1.9
	Uso de alcohol	Probabilidad de consumir ≥ 4 o ≥ 5 bebidas M/H, al menos una vez en el último año.	99%
		Número de bebidas en un día típico.	6
	Problemas asociados	Número de problemas asociados al consumo en los últimos 12 meses.	5
	Historia de consumo	Tiempo de exposición a la sustancia.	5.4

Atributivas

La variable *contexto de interacción social-familiar* se definió como la pauta histórica de acciones sostenidas entre los miembros de un sistema familiar, como respuesta a las situaciones cotidianas, internas y externas al sistema, que afectan y enfrentan los miembros destacables del sistema familiar (Bateson, 1998; Keeney, 2007). Para fines de esta investigación, las variables contenidas en la tabla 20 se tomaron como elementos constitutivos del constructo *contexto de interacción social-familiar* que como se ha visto a lo largo del texto, encuentran apoyo empírico de su participación en el consumo de alcohol entre los jóvenes, con este constructo se intenta propiciar una mayor comprensión de las condiciones en que ocurre el consumo de los participantes.

Tabla 20*Variables constitutivas del constructo contexto de interacción social-familiar*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Consumo en la familia	Se refiere a si padres y hermanos beben y se emborrachan (Villarreal, Sanchez, & Musitu, 2013).	Presencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida y presencia de embriaguez en los últimos 12 meses entre familiares que comparten el lugar de residencia.	Cualitativa
Control parental	Comportamientos parentales que involucran atención y seguimiento del paradero, actividades y adaptación de los miembros más pequeños de la familia (Dishion & McMahon, 1998; Stattin & Kerr, 2000)	Puntuación en la Escala de Monitoreo Parental	Cuantitativa
Consumo de pares	Presencia de la ingesta de bebidas alcohólicas en el grupo de amigos (Kendler, Edwards, et al., 2015)	Personas a quienes ven con regularidad y han invertido tiempo dentro o fuera de la escuela en el consumo en los últimos 6 meses.	Cualitativa
Contexto de consumo	Entorno donde se manifiesta el fenómeno, en que surgen acciones, objetos y expresiones referidas al momento, la existencia y accesibilidad a escenarios de consumo (Reidl et al., 2012).	Condición en que ocurre el consumo, puede ser familiar, en fiestas o fin de semana; con pares en lugares públicos o privados; o solos.	Cualitativa
Percepción de riesgo	Juicios o intuiciones que se tienen sobre la peligrosidad de una situación. Son estrategias mentales que se emplean para dar sentido a situaciones inciertas (Slovic, 1987).	Puntuación en la escala Evaluación de los riesgos percibidos de consumir alcohol.	Cuantitativa

Medidas

La tabla 21 muestra información sobre las características psicométricas de la Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE) de Sobell y Sobell (1992), en este trabajo se empleó una traducción libre de la versión electrónica (Nova Southeastern University, 2020) como medida de resultado. Así como de la escala de Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol (ERPCA) (Duthie, Baer, & Marlatt, en Quiroga, 2008), diseñada

para averiguar sobre la alta o baja probabilidad que el respondiente considera, tiene de verse involucrado en una serie de situaciones mientras bebe en un horizonte de 12 meses, que fue ajustada a un mes para propósitos de esta investigación (apéndice C). Además de una lista de cotejo basada en los 11 criterios del DSM-5 para TCA desarrollada exprofeso (apéndice D), para explorar el posible malestar que los participantes pudieran estar experimentando desde su propia óptica, antes que como una medida objetiva para determinar la gravedad de TCA.

Tabla 21

Características de las medidas empleadas para uso de alcohol

Variable	Medida y Modo de aplicación	Características y medidas psicométricas	Escala de medición
Uso de alcohol.	Línea Base Retrospectiva. Autoadministrada.	Método de autorreporte, ayuda a recordar el patrón de consumo de bebidas alcohólicas, con confiabilidad test-retest en universitarios ($\alpha < .90$) y validez concurrente con el <i>Alcohol Dependence Scale</i> ($r = .53$) y <i>Short Michigan Alcohol Screening Test</i> ($r = .51$); y dos pruebas bioquímicas de disfunción hepática (r de .34 a .42 y de .24 a .36).	Razón
Percepción de riesgo.	Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol. Autoadministrada.	Escala con 16 reactivos de siete puntos, organizados en un continuum que va de extremadamente improbable a extremadamente probable.	Ordinal
Trastorno por consumo de alcohol.	Lista de cotejo de criterios del DSM-5. Autoadministrada.	Basada en la presencia de las situaciones que han causado daño, deterioro o malestar clínicamente significativo, en el último año. Leve de 2 a 3 situaciones, moderada de 4 a 5 y grave de 6 o más situaciones, con consumo compulsivo y continuamente recidivante.	Ordinal

La tabla 22 muestra la confiabilidad y validez de la Escala de Monitoreo Parental en estudiantes universitarios mexicanos (Silverberg & Small, en Strunin et al., 2013) (apéndice E), así como las preguntas empleadas para explorar la presencia de consumo de alcohol en la familia (Villarreal et al., 2013), el consumo de pares (Kendler, Edwards, et al., 2015) y del

contexto de consumo (K. I. Berg & Miller, 1996); para el registro de esta información se empleó el familiograma (McGoldrick & Gerson, 1993), que es una herramienta básica de uso extendido entre los terapeutas de corte sistémico que se empleó en la sesión de evaluación y cuyas preguntas aparecen en la misma tabla..

Tabla 22

Características de las medidas empleadas para contexto social-familiar

Variable	Medida y Modo de aplicación	Características y medidas psicométricas	Escala de medición
Control parental.	Escala de Monitoreo Parental. Autoadministrada.	Escala con seis elementos y respuestas tipo Likert de cinco puntos. Alfa Cronbach de .83 y análisis de factores de componentes principales con un solo factor y cargas factoriales de .65, y N=30,084.	Ordinal
Consumo de alcohol en la familia.	Familiograma. Entrevista.	Dos preguntas sobre la presencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez. ¿Tus padres o hermanos beben hasta emborracharse? ¿Con qué frecuencia lo hacen?	Nominal Ordinal
Consumo de pares.	Familiograma. Entrevista.	Dos preguntas sobre la presencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez. ¿Cuántos de tus amigos, es decir, aquellas personas con las que te gusta y acostumbras a pasar tiempo dentro o fuera de la escuela, en los últimos seis meses han bebido hasta emborracharse? ¿Con qué frecuencia lo hacen?	Ordinal
Contexto de consumo.	Familiograma. Entrevista.	Una pregunta para la descripción del quién, dónde, cuánto dura y cómo finaliza un episodio de consumo. ¿Cómo es un día habitual cuando bebes... dónde o cómo comienza... quiénes están contigo... qué hacen después... cuánto tiempo dura todo esto... cómo termina un episodio típico como este?	Nominal

Procedimiento

Para alcanzar el propósito establecido en esta fase, además de haber realizado la entrevista con los terapeutas donde se exploró su formación y experiencia en el modelo de

intervención, se hizo de su conocimiento el propósito de la investigación, las particularidades de la intervención, la necesidad de grabar los casos y la forma de completar el formato de reporte de sesión. Se cubrieron cuatro pasos relacionados directamente con los participantes: 1) primer contacto, 2) tamizaje, 3) establecimiento de la línea base, 4) desarrollo de la intervención, a continuación se describe cada uno de estos pasos.

Primer contacto

El reclutamiento de los participantes se efectuó en dos momentos diferentes, el primero en los meses de octubre y noviembre de 2019, a través de la promoción del *programa piloto de atención a usuarios de alcohol* mediante carteles publicados en canales electrónicos y espacios físicos de la institución, el proceso de intervención y seguimiento de los reclutados culminó en febrero de 2020, previo a la contingencia sanitaria por SARS-CoV-2. El segundo tuvo lugar entre septiembre y octubre de 2020, se empleó un promocional en video del mismo *programa piloto*, cuya modalidad de entrega pasó de ser personal cara a cara, a ser personal en línea, el promocional fue difundido a través de redes sociales institucionales, el proceso de seguimiento del último participante se extendió hasta febrero de 2021.

En el inter entre proceso y proceso tuvo lugar la reformulación del método, la elaboración del promocional en video, la adaptación del procedimiento de esta fase, la adaptación de los formatos físicos a formularios electrónicos, la gestión de espacios virtuales tanto para el almacenamiento de la información como para realizar las sesiones en línea, así como la actualización del protocolo de investigación ante el Comité de Ética encargado de evaluar el protocolo original.

Una vez recibida la solicitud del posible participante, a vuelta de correo le fueron proporcionados vínculos electrónicos para la descarga e instalación de la aplicación Dropbox, así como para acceder a la carpeta compartida con los formularios necesarios, se enfatizó la importancia de leer detenidamente el Consentimiento Informado antes de la primera entrevista

y elegir una de las fechas y horas propuestas para tal efecto. En segundo correo, el solicitante recibió la invitación a conectarse por videollamada con el terapeuta a través de la plataforma Skype.

Tamizaje

Tras la presentación en la primera entrevista se explicaron los aspectos generales de la investigación, a continuación se les solicitó: 1) leer y firmar de acuerdo con el contenido del Consentimiento Informado, 2) responder la lista de Cotejo de los Criterios del DSM-5 para TCA, 3) completar la Ficha de Identificación (apéndice F), 4) participar en la entrevista dialógica para elaborar el familiograma, y 5) responder la Escala de Monitoreo Parental; para finalizar se procedió a establecer la fecha y hora de inicio del proceso de intervención en función de la evaluación de los resultados obtenidos, con esta información se abrió el expediente correspondiente para cada solicitante

Cuando el tiempo de la entrevista lo permitió y los datos recabados al realizar el familiograma sugerían que el solicitante podía ser elegible, también se aplicó la LIBARE.

Establecimiento de la línea base

Al inicio de la sesión se les pidió que responderán las medidas ERPCA y LIBARE ajustada a los 90 días anteriores a la entrevista.

Desarrollo de la intervención

En este punto es necesario mencionar que la dosificación de la intervención, que constó de cinco sesiones, es un proceso en el que el consultor *administro* los componentes activos de la intervención (participación del consultante en la definición del objetivo terapéutico, uso del lenguaje del consultante, intervenciones basadas en recursos y fortalezas del consultante, perspectiva orientada al futuro), empleando la técnica de entrevista interventiva orientada al futuro, junto con las técnicas específicas del modelo en cada sesión, estructurada en presesión, sesión, intersesión y postsesión, cuyos objetivos para el cambio son: definición de la demanda

trabajable, inicio del cambio, ampliación y mantenimiento del cambio, prescripción de la recaída y diseño del plan de futuro. La estructura de las sesiones y las técnicas para el logro del cambio son respectivamente lo que Fernández-Sánchez et al. (2021) define como elementos y actividades de la intervención.

Estructura organizativa de las sesiones.

Pre-sesión. Con la información recabada del solicitante en el primer contacto, concentrada en el familiograma, el terapeuta se formula una idea general de lo que está pasando alrededor del motivo que ha llevado a la persona a solicitar el servicio, y recurre a su experiencia directa e indirecta sobre cómo es que otras personas lograron solucionar situaciones semejantes, la finalidad es tener un marco de referencia que le permita buscar información que contradiga ese marco inicial, con ánimo de adoptar y mantener una posición de curiosidad genuina sobre las particularidades de la situación vista desde la óptica del consultante (5 minutos).

Sesión. Es común que cada entrevista comience con un periodo de socialización que busca, por un lado, crear un ambiente de confianza y aceptación para el solicitante del servicio, y por otro, sirve como inicio de la exploración de su visión del mundo; es decir, del conjunto de premisas comúnmente no enunciadas que permiten dar sentido a la experiencia, justificar el comportamiento, sostener expectativas propias y de los demás, favorecer el surgimiento de ciertas emociones y sentimientos más que otros.

Preguntas como: ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? informan sobre el aprecio del consultante por realizar actividades en solitario o en conjunto, lo que permite al terapeuta hacerse una idea de la red de apoyo con que éste cuenta; a la vez, informa sobre el interés en actividades ejecutivas, de razonamiento lógico u otras, información útil para dotar de contenido las tareas y así aumentar la probabilidad de su realización; además, permite averiguar sobre el contexto en el que la situación que lo ha llevado a terapia está disminuida, bajo control o ausente.

En términos generales, el rumbo de la entrevista está parcialmente determinado por el objetivo genérico de la sesión, que para el caso de la primera sesión, por ejemplo, es la definición del objetivo terapéutico, como por la información vertida por los consultantes en cada respuesta (40 minutos).

Inter-sesión. Es una pausa que el terapeuta se toma para formular un mensaje que enmarca la intervención principal adaptada a la visión de mundo del consultante, generalmente es una acción concreta destinada al logro de objetivos vinculados al momento específico del proceso de cambio (formulación de un problema trabajable, inicio del cambio, mantenimiento del cambio, prescripción de la recaída, diseño del plan de futuro). En el trabajo sin equipo terapéutico y dependiendo de la habilidad del terapeuta, éste puede tomarse unos minutos o no, fuera de la sala de consulta para diseñar el mensaje y la tarea. Tras haber realizado la intervención principal, al terapeuta solo le resta agendar la siguiente cita (10 minutos).

Postsesión. Habitualmente el equipo terapéutico hace observaciones sobre el desempeño técnico del terapeuta, la manera en que el consultante respondió a las intervenciones y una predicción sobre si el consultante acudirá a la siguiente sesión con la actividad propuesta realizada; para el trabajo sin equipo terapéutico, se realizan las notas clínicas en el expediente, que finaliza con una reflexión del propio terapeuta en torno a los mismos rubros, lo que cierra formalmente el trabajo de cada sesión (10 minutos). En el apéndice G se puede consultar el formato de reporte de las sesiones.

Para una revisión detenida de los aspectos prácticos propios del modelo TBCS se puede consultar el apéndice H que describe la lógica, secuencia y modelo de preguntas a lo largo del proceso sesión por sesión.

Seguimiento

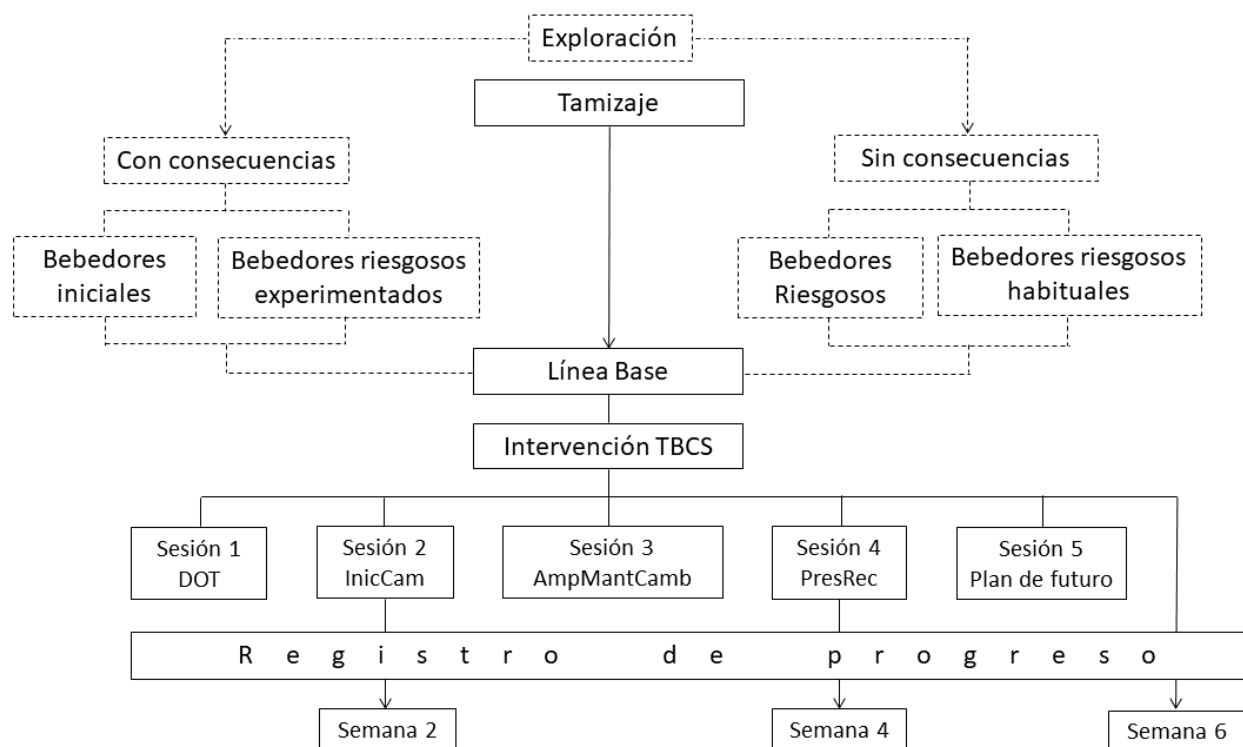
El seguimiento se efectuó tras una llamada de recordatorio de la sesión a los participantes, un mes después de concluida la intervención, para las participantes reclutadas en

el primer momento, y una semana para los reclutados en el segundo momento, en ambos casos se les aplicaron la ERPCA con una ventana de tiempo de tres meses y un mes respectivamente, además de la LIBARE.

La figura 11 esquematiza en línea sólida el recorrido efectuado en el subestudio 2, y en línea punteada su vínculo con los resultados del subestudio 1, al margen se muestran los componentes activos de la intervención. Cabe mencionar que si bien los participantes provienen del mismo universo, sólo una de ellas formó parte de la muestra del subestudio 1.

Figura 11

Flujograma de la etapa de inferencia



Nota. DOT=Definición del objetivo trabajable, InicCam=Inicio del cambio, AmpMantCamb=Inicio y mantenimiento del cambio, PresRec=Prescripción de la recaída.

Análisis estadístico

Se describieron las variables sociodemográficas de los participantes; se empleó un análisis visual para la descripción del conjunto de pares de datos graficados y su tendencia; se siguió la arquitectura conceptual de *Tau-U*, que es una familia de coeficientes de correlación no paramétrico de rango relacionados, con buen poder estadístico y pocos supuestos de distribución, ampliamente utilizado en investigación con diseños experimentales de caso único, y que ha sido propuesto como análisis estadístico complementario al análisis visual. Esta familia de coeficientes combina el no solapamiento o superposición de los puntos de datos individuales entre las fases, la tendencia dentro de la fase de intervención y permite el control de la tendencia indeseable de la línea base (Parker, Vannest, Davis, & Sauber, 2011).

No obstante que Parker, Vannest, y Davis (2011) argumentaron las fortalezas de *Tau-U* para controlar la tendencia monotónica; que es la progresión de puntos de datos en cualquier configuración, ya sea lineal, curvilínea o mixta, respecto de otros índices de no superposición. Brossart et al. (2018) señalaron el uso ambiguo de su terminología; los problemas en los cálculos que resultan en la inflación de los valores, difícil de ser detectados si éstos no superan los límites convencionales de los coeficientes de correlación, lo que por supuesto dificulta su interpretación; además de una dificultad intrínseca para graficar estos índices, por lo que han sugerido la necesidad de ser cuidadosos en la selección, uso e interpretación de los índices apropiados para cada investigación.

Para atender a las observaciones anteriores, se empleó la corrección de *Tau-U* (Corrección de *Tau* para la Línea Base o simplemente *Tau* corregida) propuesta por Tarlow (2017), que implica dos procedimientos estadísticos separados, pero complementarios, que consta de cuatro pasos:

1) Determinar si existe o no una tendencia de la línea base monotónica estadísticamente significativa. Si la tendencia de la línea base no es significativa, el investigador debe pasar a la medición del tamaño del efecto (paso 3).

2) Eliminar la tendencia monotónica de la línea base. Para ello se calculan los residuales de una regresión de *Theil-Sen*, dichos residuales contienen la varianza no explicada por una tendencia lineal y monotónica aproximada o igual a cero.

3) Analizar el tamaño del efecto *Tau*. Se calcula la homogeneidad de las fases a través del método de Kendall, donde se supone que los puntajes de rango de las muestras serían heterogéneos si se tomaran muestras de diferentes poblaciones, así, una variable de fase recodificada como variable *dummy* (i.e. Fase A=0 y Fase B=1) mostrará una correlación de rango con los datos observados originales o con los residuos corregidos de la línea base del paso 2.

4) Interpretar los resultados. El tamaño final del efecto *Tau*, delimitado entre -1 y 1, indica fuerza y dirección del efecto del tratamiento, es decir, del cambio de fase sobre las puntuaciones observadas, controlando cualquier tendencia de línea base estadísticamente significativa.

Resultados

A continuación se describen las variables sociodemográficas de los participantes, las variables que conforman el constructo *contexto de interacción social-familiar*, y de los indicadores susceptibles de cambio en los PEC. La variable *problemas asociados al consumo*, solo se empleó para ampliar la descripción del contexto de consumo y no para la inferencia, en virtud del tamaño de la muestra, por un lado, y el tiempo disponible para realizar el seguimiento por otro.

Sociodemográficos, contexto de interacción social-familiar e historia de consumo

Participaron cuatro mujeres y un hombre, todos estudiantes de alguna de las carreras del área Médico Biológicas y de la Salud impartidas en la institución participante, excepto una de ellas, quien al momento de solicitar su ingreso en el programa había egresado de la licenciatura y continuaba estudios de posgrado fuera de la institución, cada participante asistió de manera voluntaria, ninguno reportó limitaciones por ausencia de salud física o emocional, y sólo el participante varón contaba con historia de tres tratamientos previos para consumo de alcohol, manteniéndose activo en el último de ellos (10 meses) al momento de solicitar su ingreso al protocolo.

La tabla 23 muestra información sociodemográfica relevante de los participantes, según el orden en que fueron reclutados, todos son mayores de edad, cursan estudios licenciatura de los primeros a los últimos semestres, una de la participantes se encontraba haciendo carreras simultáneas y una más es recién egresada, todas son solteras, excepto el único hombre participante, la mayoría estudió en escuela pública antes de entrar a la universidad, los padres cuentan con educación que va del nivel básico al posgrado, pasan más tiempo de convivencia con la mamá, 60% son estudiantes de tiempo completo y una acudió con un motivo de consulta centrado en los problemas familiares tangencialmente relacionados con el consumo de alcohol.

Tabla 23

Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

ID	Edad	Sem.	Situación de pareja	Estudios previos	Escolaridades padres		Horas de convivencia		Estudia TmpCom	Consulta por alcohol
					Mamá	Papá	Mamá	Papá		
01M1	20	3	Soltera	Pub.	Sec.	Sec.	2	2	No	No
01M2	19	5	Soltera	Pub.	Pos.	Pos.	5+	4	Si	Si
02H1	24	7	Otro	Priv.	Prep.	Prep.	5+	4	Si	Si
02M2	19	3 Sim.	Soltera	Pub.	Pos.	Pos.	5+	1-	Si	Si

02M3 25 1 Pos. Soltera Priv. Lic. Prep. 5+ 5+ No Si

Nota: ID = Identificador del participante, Sem. = Semestre, Pub. = Pública, Priv. = Privada, TmpCom = Tiempo completo, Sec. = Secundaria, Prep. = Preparatoria, Lic. = Licenciatura, Pos. = Posgrado, Sim = Carrera simultánea.

La tabla 24 muestran información sobre las características de las familias de los participantes, como puede verse, solo una de ellas vive separada de la familia de origen, todos se encuentran por arriba del valor medio de la medida de monitoreo parental (15) y el 40% manifestó consumo en la familia. El caso 02H1 muestra una situación familiar peculiar si se piensa en que es un adulto de 24 años padre de un pequeño de ocho, viviendo con su familia de origen donde los padres no consumen alcohol de manera habitual y que obtuvo la segunda puntuación más alta de monitoreo parental, si se piensa que en el ciclo vital familiar normativo, su vida se caracterizaría por un proceso de individuación consolidado e independencia financiera para hacer frente a las responsabilidades de tener a un menor bajo su cargo, entre otras.

Tabla 24

Características de las familias de los participantes en la intervención

ID	Tipo de familia	Escala de monitoreo parental	Consumo en la familia
01M1	Nuclear	18	Si
01M2	Nuclear	21	Si
02H1	Uniparental, vive con familia de origen	23	No
02M2	Uniparental	22	No
02M3	Sociedad de convivencia	26	No

Nota: ID = Identificador del participante.

La tabla 25 muestra la información sobre el contexto de consumo, o pauta de interacción recursiva sostenida a lo largo del tiempo y lugar en el que acontece la ingesta del

participante, solo o en compañía de pares o familiares; además del cambio en las puntuaciones en ERPCA en un horizonte de doce (Fase A) y tres meses (Fase B); así como el número de consecuencias padecidas por el consumo en el último año.

Tabla 25

Contexto de consumo de alcohol y consecuencias padecidas en el último año

ID	Contexto de Consumo	Consumo de pares	ERPCA		Consecuencias último año
			Fase A	Fase B	
01M1	En público y en privado con compañía	Si	38	-	2
01M2	En privado con compañía	Si	70	64	3
02H1	En privado solo y con compañía, público con compañía	Si	93	76	3
02M2	En privado con compañía	Si	34	41	0
02M3	En privado con compañía	Si	17	16	2

Nota: ID = Identificador del participante, ERPCA=Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol.

Cabe destacar la presencia de dos casos que puntuaron por encima de la media teórica en la ERPCA (56) en las Fase A y B, la falta del valor para el caso 01M1 en la fase B se debió a su decisión de no responder la escala ante el cese del consumo y su perspectiva de continuar abstinerente; el valor para el caso 01M2 proviene de una sola medición de seguimiento nueve semanas posteriores a la conclusión del proceso, el resto de puntuaciones en la fase B, es el promedio de las medidas repetidas a lo largo de la intervención y del seguimiento una semana posterior a la última sesión de tratamiento.

La tabla 26 presenta información en torno al uso de alcohol derivada de la lista de cotejo de los criterios del DSM-5 para TAC, las puntuaciones sugieren un posible TAC moderado para el caso 02M2 y grave para el resto; para la historia de tratamiento por consumo de alcohol, presente únicamente en el caso con mayor puntuación para TCA; e información de los PEC

donde sólo una participante resultó sin presencia de consecuencias y una baja probabilidad de consumo excesivo.

Tabla 26

Historia de uso de alcohol

ID	Criterios DSM-5 TCA	Historia de tratamiento	PEC	Indicadores del PEC			
				Años de exposición	Consumo día típico	Consecuencias último año	PCEx.
01M1	6	No	BRCC	6	3	2	90%
01M2	6	No	BRCC	6	8	3	90%
02H1	10	Si	BHCC	10	10	3	99%
02M2	5	No	BISC	5	6	0	20%
02M3	6	No	BHCC	6	8	2	99%

Nota: ID = Identificador del participante, PEC = Patrón emergente de consumo de alcohol, BRCC = Bebedor riesgoso con consecuencias, BISC = Bebedor inicial sin consecuencias, BHCC = Bebedor habitual con consecuencias, PCEx. = Probabilidad de consumo excesivo.

Fidelidad del tratamiento

De acuerdo con Fernández-Sánchez et al. (2021), la fidelidad de un tratamiento en un estudio piloto, se refiere a la coherencia teórica entre los componente activos de la intervención, sus elemento y actividades, con la instrumentación de la intervención; a continuación se exponen los resultados a este respecto.

Componentes activos de la intervención

Participación de los consultantes en la definición del objetivo terapéutico. La propuesta de intervención enfatiza que el trabajo del terapeuta es la creación de un contexto de competencia, es decir, se empeña en identificar los mecanismos de cambio de sus consultantes, las condiciones en las que logra que el problema esté ausente, y cómo será su vida una vez que el problema haya dejado de serlo; el resultado de esta maniobra es la definición conjunta de la *demanda trabajable* u objetivo terapéutico, como resultado de la

aplicación de este componente activo, que se constituye en la piedra de toque de todo el proceso terapéutico. Aunque no deja de resultar un tanto paradójico que un componente activo de la intervención apunte precisamente al empleo de los mecanismos de cambio de las personas.

La tabla 27 ilustra la diferencia entre la solicitud de los participantes en el primer contacto y la demanda trabajable (u objetivo terapéutico) consensuada entre consultante y consultor, sobre lo que debe ocurrir para aceptar que el objetivo del proceso fue alcanzado; aunque como ocurrió en los casos 02M2 y 02M3, éste sólo pudo explicitarse una vez que los cambios habían comenzado, o habían alcanzado niveles aceptables para lidiar con la situación como ocurrió con el caso 02H1.

Tabla 27

Transición del motivo de consulta a la demanda trabajable

ID	PEC	Motivo de consulta	Demanda trabajable
01M1	BRCC	Me cuesta mucho trabajo socializar con las mujeres.	Que logre la confianza y libertad para hablar sin ser tan rígida conmigo misma.
01M2	BRCC	Bebo bastante, me quiero controlar porque la última vez no me fue tan bien.	Consumir 3-4 copas, para poder estar consciente y recordar lo que pasó.
02H1	BHCC	En el lapso de la cuarentena he subido mi consumo de manera considerable provocando algunas problemáticas en mi entorno familiar y social.	Capacidad de adaptación a la situación de pandemia.
02M2	BISC	Para no caer en un alcoholismo.	Consumo controlado.
02M3	BHCC	Dejar el consumo.	Consumo controlado.

Nota: ID = Identificador del participante, PEC = Patrón emergente de consumo de alcohol, BRCC = Bebedor riesgoso con consecuencias, BISC = Bebedor inicial sin consecuencias, BHCC = Bebedor habitual con consecuencias.

Uso del lenguaje del consultante. Este componente opera simultáneamente en niveles lingüísticos y paralingüísticos, el profesional debe adaptarlo a la manera en que los consultantes refieren, implícita o explícitamente, sus intereses, habilidades, trabajo, pasatiempos, relaciones con otros, etcétera; lo que en parte depende de las propias habilidades del consultante para hacer descripciones puntuales, que el profesional procura al realizar la entrevista centrándose en los escenarios sin el problema, en el resultado de los cambios experimentados, o el significado de diferentes experiencias. A continuación se transcriben partes de un diálogo que ilustran el empleo de este componente.

Consultor (C): ...salud para tu familia y para ti, que tus papás permanezcan toda la vida... Algo que me llama mucho la atención es esta idea de la paz mental...

Consultante (CT): [Riendo]. Sí.

C: Entonces hay una cosa interesante ahí, que se está conjugando, digamos esta independencia, este estar alejada un poco de la casa paterna y tener un buen trabajo ¿tiene como resultado, de alguna manera, esta paz mental que estás experimentando hoy? ¿Entiendo bien o me equivoco?

CT: Si creo que sí, lo he analizado y creo que sí ¡hum!

[Más adelante en la misma sesión] Pues es que no está padre que esté tomando así, por lo mismo, repito, no me gusta que se me olviden las cosas, no me acuerdo y no está padre que esté con mucha gente y me estén diciendo ¡ay es que te acuerdas de esto, esto y esto! O sea ¿y qué tal que yo hago ahí el ridículo? no sé, y entonces siento que no está padre eso, es por eso que empecé a plantearme la idea, porque apenas fue, o sea no es como algo que ya tenía desde atrás que dijera ya voy a dejar de tomar, No.

El fragmento es parte de la respuesta a la pregunta sobre lo que la participante desea conservar en su vida, que se espera tenga un efecto de autoobservación que le ayude a

precisar lo que quiere o desea lograr con las sesiones, que para el caso fue el consumo controlado.

Intervenciones basadas en las fortalezas de los consultantes. Continuando con el mismo caso, el siguiente fragmento intenta aprovechar la inminencia de su participación en un contexto de ocurrencia del problema, con el fin de detectar cuáles son sus habilidades para enfrentarlo a partir de sus habilidades como estudiante exitosa.

C: Porque en realidad tú ya estás logrando el objetivo desde antes de empezar estas reuniones, de acuerdo con el patrón que me acabas de describir... ¿La última vez que consumiste fue hace cuánto?

CT: A finales del mes de noviembre.

C: Y no has tenido dificultad para lograrlo. [Pero] pareciera que todo dependerá de si las circunstancias te lo permiten o no te lo permiten [continuar abstinerente al momento llevados semanas sin consumo según su registro, aunque en la sesión refiere cuatro semanas]

CT: No porque si las circunstancias me lo permiten, pues al final yo ya tengo el objetivo que es no tomar, entonces sería como no estar respetando todo lo que estoy diciendo y lo que estoy haciendo. Podría ser que sea la prueba [se refiere a incrementar el tiempo de abstinencia], sin embargo, yo sé qué objetivo es el que quiero lograr.

C: Entonces pensando a futuro, si para lograr tu objetivo lo que haces es hablarte a ti, resolverte la pregunta del porqué, para qué, sopesar los pros y los contras de la situación... [repaso de cómo lo hace en su vida cotidiana]. En ocho días tú estarás en una circunstancia de prueba, como lo dijiste, entonces yo me pregunto si tus recursos son suficientes para mantener la abstinencia en esas circunstancias.

CT: Pues si yo digo que sí.

C: ¿Cuáles son esos otros recursos personales que puedas utilizar en esa circunstancia?

CT: Lo único que estuve pensado es que me van a decir por qué no, me van a preguntar y todo, entonces sí lo he analizado y pensado pero bueno pues llego a la misma conclusión que pues ¡que les vale! hum. Al final es lo que yo quiero hacer [más adelante en la sesión esta afirmación se transformó en autodeterminación].

C: [Para concluir la sesión se formuló la intervención en los siguientes términos] Lo que te voy a pedir es que enumeres [de aquí a la siguiente vez que nos veamos] las cosas positivas y negativas de consumir de manera moderada el día 31 [de diciembre, próximo a ocurrir y que es un contexto propicio para que ocurra el consumo], pero también de mantenerte abstinentes.

CT: OK...

C: [Con la intención] de que puedas decir cuáles son las cosas que haces para lograr una cosa o la otra... la abstinencia o beber moderadamente [beber de forma que los olvidos que alteran su paz mental sean los mínimos].

CT: OK...

¿Qué te parece la idea?

CT: Me parece bien... Sí la voy a llevar a cabo, porque igual son cosas que tengo que analizar y pensar.

Perspectiva orientada al futuro. El siguiente fragmento ilustra este componente, correspondiente al caso representado en la figura 13b, dicha orientación se hace evidente en momentos específicos de la entrevista, según el propósito de cada sesión, tal como ocurre en la definición de la demanda trabajable o el plan de futuro de la última sesión, a continuación se transcriben algunos fragmentos de la conversación a este respecto.

C: ¿Cuál va a ser la primera señal que te diga que estás en el camino del bienestar tuyo o de hacer cosas que te sean satisfactorias?

CT: Creo que sería la de poner orden en mi mundo académico. ...al menos con la lectura creo que tengo un indicio claro de cuándo me daría cuenta de que ya estaría en el camino correcto y sería diario un mínimo de 20 hojas...

C: Me interesa saber qué es aquello que pensarás una vez que hayas terminado la actividad ¿Qué crees que pase?

CT: Creo que [inaudible], ese confort conmigo mismo de que lo pude lograr ahora sí ¿no? Que no lo dejé a la deriva...

Como lo plantea el modelo, el avance en el proceso depende en gran medida de establecer una demanda asequible, aún en casos donde las personas no pueden hacer descripciones puntuales de sus experiencias exitosas pasadas o presentes; como se aprecia en la respuesta más bien abstracta del consultante (confort conmigo mismo), ante la pregunta sobre lo que pensará o sucederá tras cumplir una actividad específica que busca ayudar al consultante a construir una imagen asequible de un contexto de competencia.

El no lograrlo dificulta la mayor especificidad en el contenido de las técnicas de intervención, no obstante, el modelo permite trabajar con la ambigüedad de los significados, permitiendo al terapeuta manejarse en el nivel de especificidad comunicativa preferida por el consultante, técnicamente, adoptando las palabras asociadas al cambio deseado, planteando cambios en la forma temporal o geográfica de ocurrencia del patrón problemático, para después explorar si el resultado conductual, cognitivo o emotivo se parece a lo que la persona significa con las descripciones ambiguas alejadas de la comprensión del terapeuta.

C: Me quedo todavía con la duda ¿Crees que sea más relevante aprender a fluir, quizá con tu hijo, quizá con tu tía antes que [inaudible], crees que eso sea más importante que dedicarle tiempo a... querer dejar de consumir?

CT: Pues sí, creo que si es más importante. Porque, no sé, desde mi querer dejar de consumir, creo que... Al decir dejar, quitar, eliminar, disminuir, no sé, empieza esa relación confrontativa conmigo mismo, es decir, si es reto, si es acción, si... no sé, empieza algo dentro de mí; entonces si me enfoco a esta área que veo que se está fortaleciendo de, por ejemplo, eso de las relaciones con los demás, siento que esto del consumo se está disminuyendo paulatinamente, aunque no se esté atacando directamente...

[Hablando sobre su relación con su tía más adelante en la misma sesión] Entonces darme esa biorretroalimentación de cómo me expreso, cómo estoy siendo, cómo estoy hablando, cómo estoy fluyendo, pues me está dando como esas claves tanto como para tolerar a las personas que no piensan como yo, como tolerar lo que no puedo cambiar y tolerar, este... pues las opiniones de los demás, y que no las acepten y que desvaloricen también algo mío pues no es el fin del mundo, sino que también empezar a tener más razón sobre mi comportamiento, sobre mis verbalizaciones, mis emociones, incluso sobre las emociones. No con fin de erradicar las emociones, sino con fin de... ni siquiera me atrevería a decir con el fin de controlarlas, sino como a mantener ese equilibrio entre la razón y la emoción con tal de fluir de manera adecuada y que no me vaya de un lado completamente ni del otro, entonces me atrae esa estabilidad o esa idea de: estabilízate no te vayas, porque yo soy muy emotivo soy muy sensible...

[Sintetizando la experiencia] Supongo que otra forma de llamarlo, bueno una forma más apegada o correcta de llamarlo sería una relación auténtica, supongo.

C: Yo me pregunto ahora ¿Cuál será el efecto de una relación auténtica entre tú y [nombre de su hijo]?

C: [En sesión consecutiva revisando el efecto de la intervención principal asignada] ¿En el futuro qué historia quieres que cuente [nombre de su hijo] de su relación contigo como su padre?

CT: No sé, imagino que... era un padre divertido, claro, a veces, enojón sí, y a veces sin sentido, pero siempre llegábamos a buenos términos, la convivencia se genera día a día, estuvo ahí en momentos difíciles o fáciles, y presente siempre, viendo por mí a su manera y a su forma, pero siempre estando ahí.

Además de la *orientación a futuro*, el fragmento también ilustra la manera en que se puede entrelazar el *uso del lenguaje del consultante* para reorientar el proceso, y así evadir el efecto del patrón irónico (Rohrbaugh & Shoham, 2006), surgido del esfuerzo creciente por eliminar o poner bajo control el problema cuyo resultado es su persistencia, en este caso, buscar un nuevo servicio de atención para consumo de alcohol, dado que al que acude actualmente no ha tenido el resultado deseado y cuya duración ha alcanzado casi un año con asistencia semanal, información surgida desde las primeras sesiones del proceso.

C: ¿...y el motivo de las sesiones que mantienes con tu terapeuta tienen que ver con el consumo?

CT: En un principio sí, pero ya se ha ajustado a otros fondos...

C: Bueno, entonces. No quisiera involucrarme con lo que está pasando con tu terapeuta, pero quiero hacerte unas preguntas para que me quede claro y poder darte una alternativa ¿Cuánto tiempo llevas con tu actual terapeuta?

CT: Llevo casi un año.

C: En una escala de uno a diez, donde uno es el momento en que decidiste asistir a la terapia con este terapeuta y siendo diez que has logrado aquello que fuiste a buscar ¿En qué punto de la escala te encuentras hoy?

CT: No sabría cómo contestar la pregunta porque en sí no he sabido qué es lo que he ido a buscar, pero he encontrado cosas...

Hasta aquí se ha ejemplificado la manera de poner en práctica los cuatro componentes activos del modelo, en la tabla 28 se muestra el porcentaje de su empleo por proceso atendido.

Tabla 28

Empleo de los componentes activos de la intervención

Consultores	ID	PEC	Número sesiones	Porcentaje de uso de CAI			
				PCOT	ULC	CTFC	OF
C1	01M1	BRCC	4	25	50	50	75
C2	01M2	BRCC	5	20	100	60	80
	02H1	BHCC	6	50	80	50	50
C3	02M2	BISC	5	40	60	40	60
	02M3	BHCC	5	60	80	80	6
Totales	5	-	25	39	74	56	65

Nota. C1, C2 y C3 se refieren a tres profesionales a cargo de los casos. ID = Identificador del participante, PEC = Patrón emergente de consumo de alcohol, BRCC = Bebedor riesgoso con consecuencias, BHCC = Bebedor habitual con consecuencias, BISC = Bebedor inicial sin consecuencias, CAI = Componentes activos de la intervención, PCOT = Participación del consultante en la definición del objetivo terapéutico, ULC = Uso del lenguaje del consultante, CTFC = Contenido de las técnicas de intervención basadas en las fortalezas de los consultantes, OF = Orientación al futuro.

Elementos y actividades de la intervención

Si bien se espera que los componentes activos de la intervención actúen directamente en el *cuadro clínico* presente; los elementos de la intervención buscan optimizar el efecto de los componentes activos, que para el caso, se refieren al empleo por parte del consultor de las descripciones que el consultante hace de sus acciones, cogniciones y emociones (figura 6), para ampliar el repertorio comportamental que lo aleje del comportamiento estereotipado que lo ancla al problema; mientras que las actividades se refieren al ajuste de las prescripciones del

consultor, especialmente de las intervenciones principales, en función de los recursos y habilidades con que cuenta el consultante, es decir de sus fortalezas.

Lo anterior ocurre mientras ambos transitan de una sesión a otra buscando alcanzar los objetivos específicos, para referir el empleo puntual de los elementos y las actividades de la intervención, se requiere una evaluación de expertos que, si bien se consideró en la planeación original de la investigación, no fue posible llevarla a cabo debido a los ajustes realizados por la contingencia sanitaria, una vez que ya se había iniciado el trabajo de campo.

Instrumentación de la intervención

El cumplimiento al 100% de tres de los cuatro momentos de las sesiones por parte de los terapeutas, la asistencia de los participantes al 100% de las sesiones planeadas y el éxito obtenido en el 60% de ellos, que se muestran en la tabla 29; sugiere la existencia de cierta integridad entre el proceder de los terapeutas al administrar los *componentes activos de la intervención*; potenciados al recurrir a las descripciones de los participantes (o *elementos de la intervención*) para dotar de contenido usual las técnicas inusuales del modelo; enmarcando las prescripciones (o *actividades de la intervención*) en el contexto habitual de sus vidas.

Tabla 29

Cumplimiento de la estructura organizativa de las sesiones

Consultores	ID	PEC	Porcentaje cumplido de EOSP				Conclusión del proceso	Éxito
			Ps	Se	Is	Psts		
C1	01M1	BRCC	100	100	75	100	Anticipado por acuerdo mutuo y cesación del consumo.	Si
C2	01M2	BRCC	100	100	20	100	Por acuerdo mutuo y cesación del consumo.	Si
	02H1	BHCC	100	100	33	100	Derivado con reducción de consumo.	Parcial
C3	02M2	BISC	100	100	0	100	Acuerdo mutuo sin cambios en el consumo.	No
	02M3	BHCC	100	100	0	100	Acuerdo mutuo con reducción del consumo	Si
Totales	5	-	100	100	25.6	100	100	60

Nota. ID = Identificador del participante, PEC = Patrón emergente de consumo de alcohol, BRCC = Bebedor riesgoso con consecuencias, BHCC = Bebedor habitual con consecuencias, BISC = Bebedor inicial sin consecuencias, EOSP = Estructura organizativa de las sesiones durante el proceso, Ps = Presesión, Se = Sesión, Is = Intersesión, Psts = Postsesión.

Cabe destacar que la pausa para la intersesión puede ocurrir o no, en función de la experiencia o habilidad del terapeuta para elaborar tanto el mensaje como la intervención principal que cierra cada sesión, este fue el único elemento incumplido cabalmente por los tres terapeutas. Resulta pertinente preguntarse cuánto del éxito parcial en uno de los casos y el fracaso en otro se debió a esta inconsistencia evidente.

Aunque podría formularse la misma pregunta respecto del cumplimiento al 100% de los componentes activos en todas las sesiones, éstos no aplican por su propia naturaleza. Por ejemplo, la *participación del consultante en la definición del objetivo terapéutico*, que se empleó en el 39% de las sesiones, nos habla de que los terapeutas consideraron necesario su empleo en algo más que la primera sesión, pretendidamente suficiente para transformar el motivo de consulta en una demanda trabajable. En contraste con el *uso del lenguaje del consultante*, que ocurrió en el 74% de las sesiones, que resulta coherente con la pretensión de crear entre consultor y consultante un ambiente de aceptación y confianza, que favorezca la aceptación y aumente la probabilidad de realizar las prescripciones del consultor.

En cuanto al *contenido de las técnicas de intervención basadas en fortalezas*, podría esperarse un cumplimiento superior al observado del 56%, no obstante que el modelo cuenta con técnicas como la *tarea de fórmula de la primera sesión* que no exige la especificidad involucrada en este componente activo. Finalmente, la *orientación a futuro*, característica fundamental de la entrevista interventiva, resultó con una presencia del 65% en el total de las sesiones, lo que resulta coincidente con su importancia en el proceso. De los resultados expuestos sobre componentes activos, elementos y actividades de la intervención, así como de

su instrumentación, se puede concluir la existencia de un apego aceptable de los terapeutas al tratamiento.

Efectos preliminares

Los efectos preliminares de la intervención en un estudio piloto hacen referencia a su capacidad para inducir cambios en las medidas de resultado, como estrategias de análisis se empleó el análisis visual y el cálculo del tamaño del efecto para cada caso.

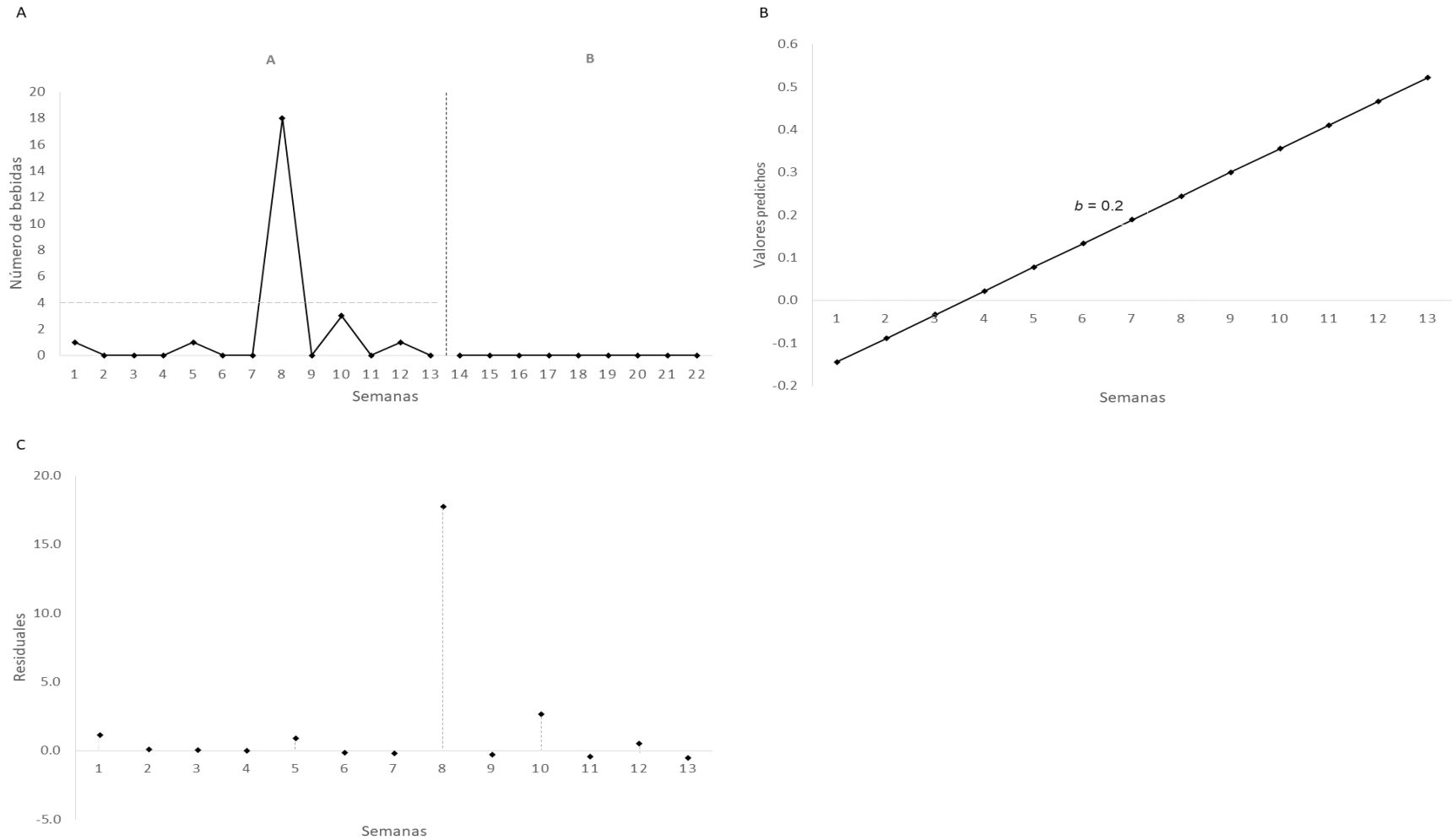
Análisis visual

Las figuras 12 a 13 y 14 a 16 corresponden al primero y segundo momento de reclutamiento, la intervención se efectuó entre octubre y noviembre de 2019 (etapa prepandémica) y septiembre y octubre de 2020 (etapa de pandemia) respectivamente, las figuras muestran los puntos de datos para la línea base o fase A y el tratamiento o fase B; la tendencia en las puntuaciones en la fase A; y el análisis de residuales en la fase A, que ayuda a determinar el comportamiento aleatorio o sistemático de las puntuaciones. Las figuras 13 a 15, además muestran la tendencia de la fase B y su correspondiente grafica de residuales.

El panel A de la figura 12, se muestra un consumo semanal por debajo del umbral de consumo excesivo para mujeres superado en dos ocasiones en los últimos tres meses, lo que generó el pico de consumo muy elevado que se observa en la semana 8, este consumo excesivo ocasional, alternado con periodos de consumo de menor riesgo, generó una tendencia incremental muy pequeña como se muestra en el panel B, el panel C representa el comportamiento sistemático de las puntuaciones en esta fase, lo que sugiere cierta consistencia de esta forma de consumo en el corto plazo.

Figura 12

Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 01M1



Nota: Muestra la consistencia en el cambio de los indicadores de resultado, la línea horizontal punteada señala el umbral de consumo excesivo. Panel A: Puntos de datos de la fase A o línea base y fase B o tratamiento. Panel B: Tendencia de las puntuaciones de la fase A. Panel C: Análisis de puntuaciones residuales.

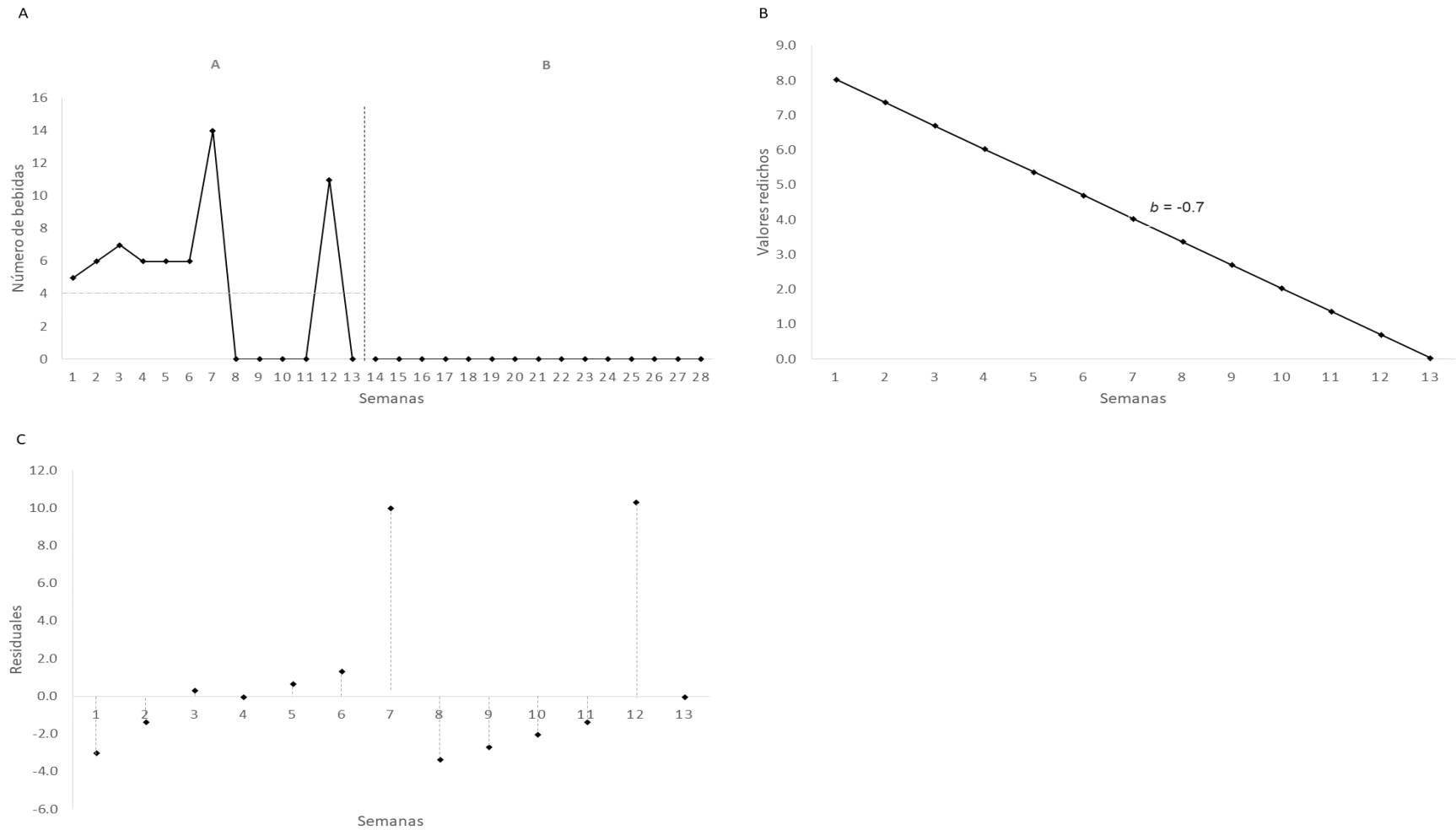
En la fase B (panel A), se observa la abstinencia de nueve semanas consecutivas a partir del inicio de la intervención, aunque originalmente la realización del seguimiento se planeó para la semana cuatro después de concluido el tratamiento, la entrevista se realizó nueve semanas después dado el tiempo institucional y personal de la participante. Cabe destacar que tras la cuarta sesión del proceso, consultante y consultor determinaron de común acuerdo la finalización del tratamiento.

La figura 13 (panel A) muestra por ocasión de consumo una ingesta superior al límite establecido para considerarlo excesivo en mujeres, ocurrido en ocho de las doce semanas de registro de la línea base, con alternancia de picos de consumo de hasta más de tres veces el límite y cortos periodos de abstinencia, los datos sugieren una tendencia decreciente no monótona ilustrada en panel B, pero sin claridad sobre la factibilidad de alcanzar la remisión por cuenta propia de la participante, mientras la dispersión de los residuales en el panel C, muestra la sistematicidad en las puntuaciones, que en un arco temporal más amplio este patrón oscilatorio de consumo excesivo - pico de consumo - no consumo - pico de consumo pudiera hacerse más evidente.

En la fase B se observó un periodo de 15 semanas consecutivas de abstinencia y 16 si se toma en cuenta la semana previa al inicio de la intervención, este dato que también se presentó en el caso 01M1 y que igualmente pertenece al PEC BRCC, hace surgir la pregunta sobre los mecanismos de cambio de las consultantes para iniciar el cese del consumo, incluso antes de comenzar el tratamiento, donde se esperaría que la percepción del riesgo de consumir jugara un papel importante, sin embargo las puntuaciones respectivas de la ERPCA resultaron notoriamente diferentes, por un lado, y por otro, sobre la naturaleza del objetivo terapéutico construido, como componente activo fundamental de la intervención, que para el caso 01M1 se alejó del consumo de alcohol y sus consecuencias, mientras que para el caso 01M2 fue definido como consumo controlado; logrando periodos importantes de abstinencia en ambos.

Figura 13

Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 01M2



Nota: Muestra la consistencia en el cambio de los indicadores de resultado, la línea horizontal punteada señala el umbral de consumo excesivo. Panel A: Puntos de datos de la fase A o línea base y fase B o tratamiento. Panel B: Tendencia de las puntuaciones de la fase A. Panel C: Análisis de puntuaciones residuales.

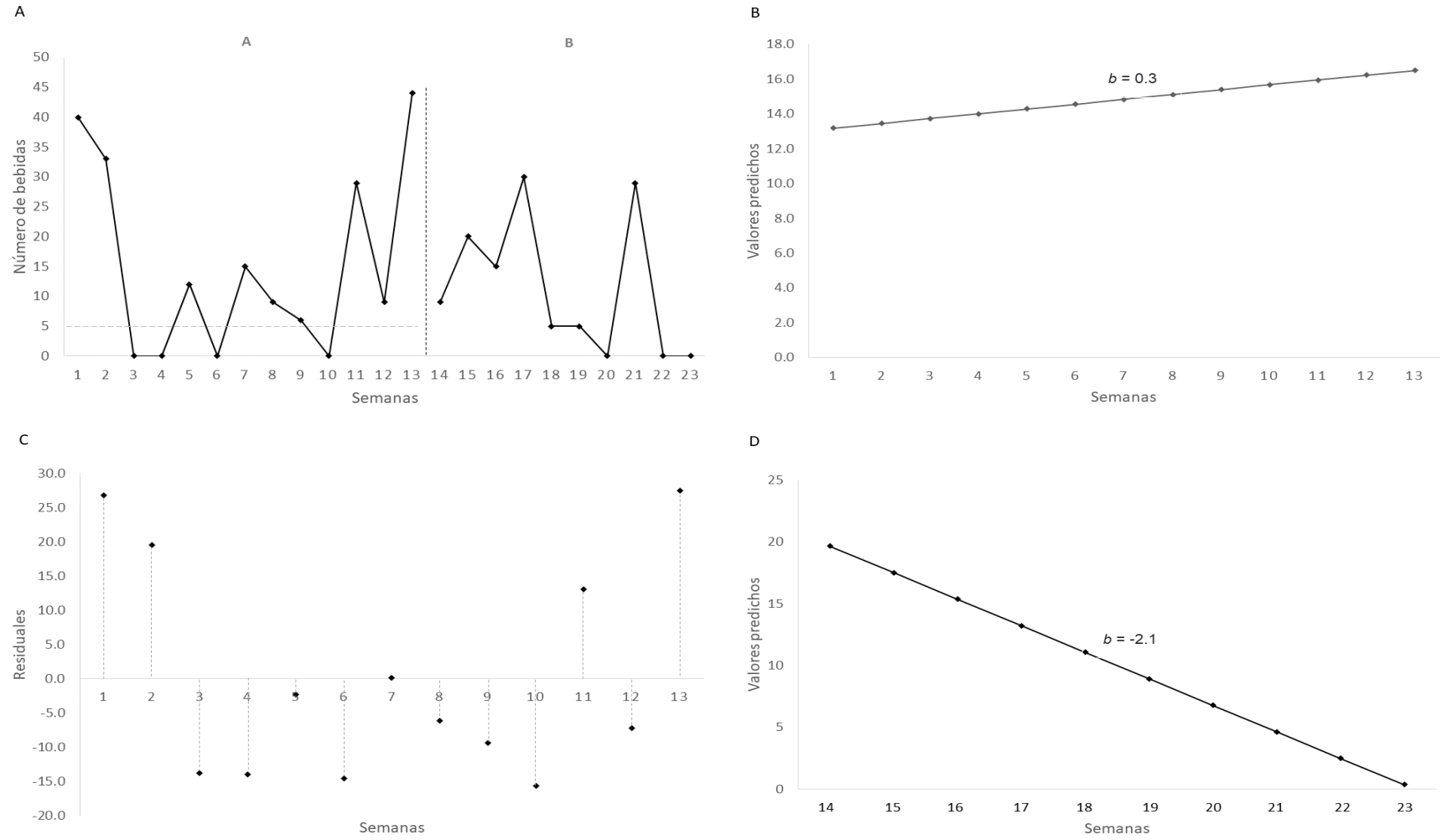
La figura 14A, fase A, revela un comportamiento muy irregular que no permite discernir a primera vista una forma de consumo definida, más allá de que la ingesta, en promedio, no es menor al límite para consumo excesivo en hombres, límite que fue alcanzado o rebasado en nueve de trece semanas, y cuya intensidad superó el límite hasta ocho veces, y más, en dos ocasiones en los últimos tres meses, estos periodos de consumo excesivo se vieron alternados con algunas semanas de abstinencia, pero nunca superiores a dos consecutivas; el panel B corrobora una tendencia ligeramente a la alza en el consumo; mientras en el panel C, se aprecia un comportamiento aleatorio de los valores residuales, que apoya la impresión visual de una tendencia no monotónica.

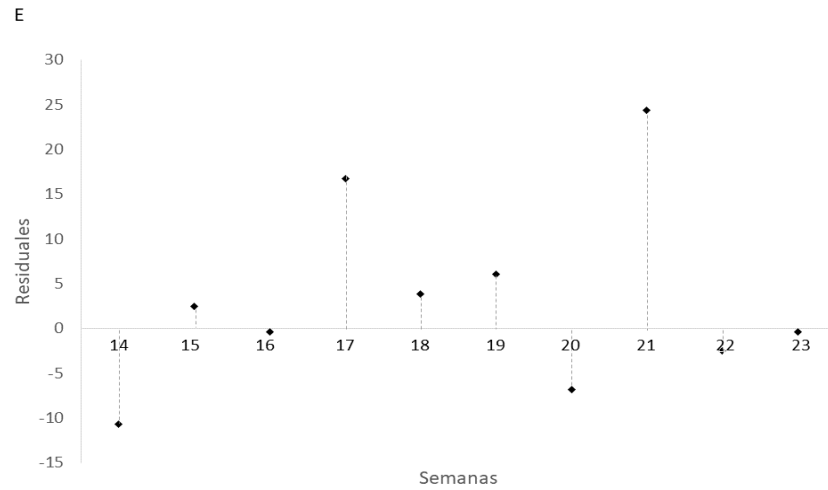
En la fase B del panel A, se puede apreciar un cambio en la intensidad del consumo, igualmente irregular, cuyos picos de consumo rebasaron por seis veces, pero no más, el umbral de consumo excesivo, notoriamente menos que los picos de consumo en la fase A, este cambio de tendencia se observa claramente en el panel D; sin embargo, el comportamiento de los valores residuales no resulta tan claro como para afirmar que es un comportamiento sistemático más que aleatorio. Estos resultados sugieren un cambio no sustantivo entre las fases dada la intensidad habitual del consumo del participante; es decir, para que el cambio fuese más claro, la disminución de la frecuencia o de la intensidad tendría que haber sido más grande, acompañada de un comportamiento más sistemático de los residuales de lo que se muestra en la misma figura.

En la fase B también se puede observar un número semejante de semanas de abstinencia logradas en un tiempo ligeramente más corto; no obstante, y en contraste con el caso 01M1, el número de sesiones se extendió a seis antes de dar por concluido el proceso y brindarle información sobre instituciones de atención especializadas donde podría continuar su atención.

Figura 14

Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 02H1





Nota: Muestra la consistencia en el cambio de los indicadores de resultado, la línea horizontal punteada señala el umbral de consumo excesivo. Panel A: Puntos de datos de la fase A o línea base y fase B o tratamiento. Panel B: Tendencia de las puntuaciones de la fase A. Panel C: Análisis de puntuaciones residuales fase A. Panel D: Tendencia de las puntuaciones de la fase B. Panel E: Análisis de puntuaciones residuales Fase B.

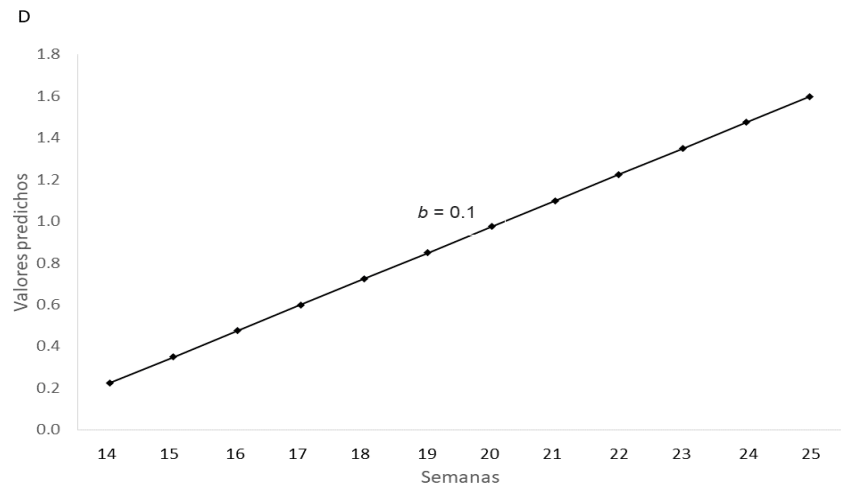
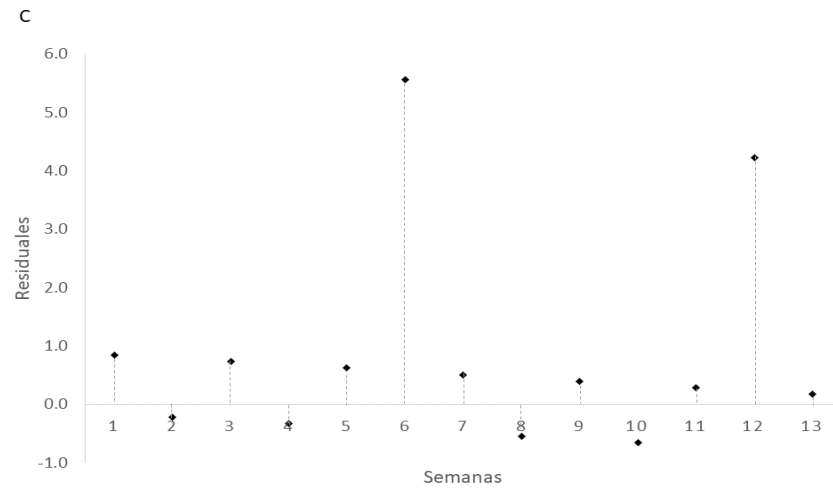
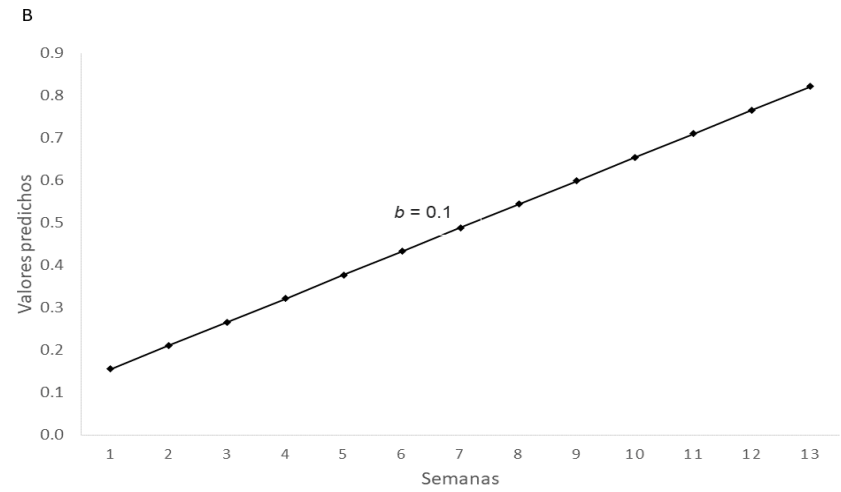
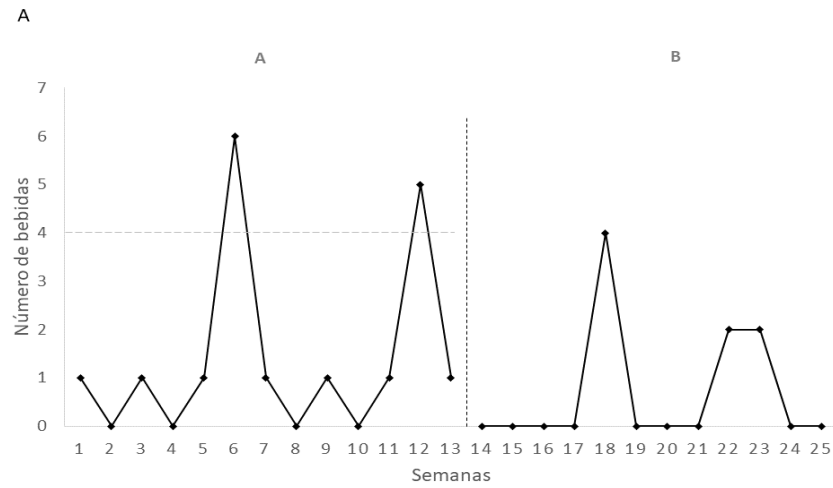
La figura 15A, fase A, muestra un patrón alternante entre el consumo semanal de tan sólo una bebida y la abstinencia, seguido de picos de consumo semanal que supera por una o dos copas el umbral de consumo excesivo, esto habla de que la participante tiende a mantenerse en el consumo de menor riesgo, esta tendencia que resultó ligeramente incremental puede observarse en el panel B, el análisis de las puntuaciones residuales en el panel C, ilustra la sistematicidad de este comportamiento.

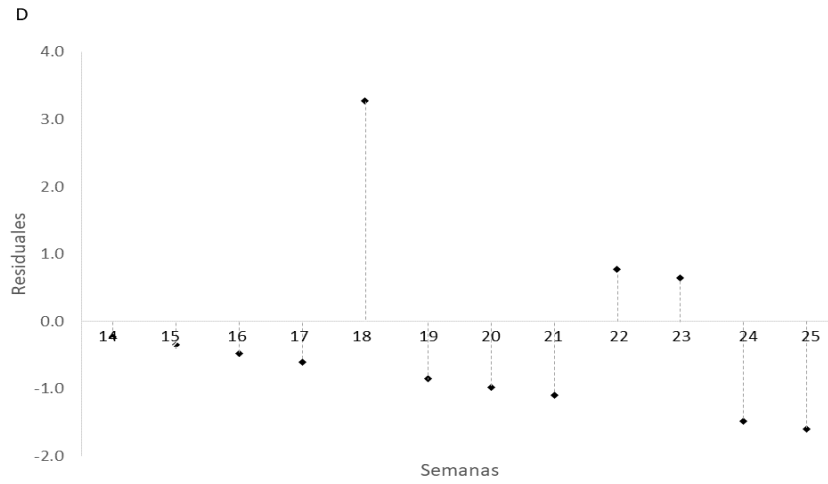
La fase B en el panel A, muestra una disminución en la frecuencia de uso e intensidad al aumentar el número de semanas de abstinencia y al mantenerse sin superar el umbral para consumo excesivo, el panel D refiere una tendencia incremental, con el mismo valor de la pendiente de la fase A, pero con cantidades evidentemente menores a las referidas, en tanto que el panel E muestra el comportamiento sistemático de los residuales para la fase B.

Si bien este pequeño cambio en los indicadores de uso de alcohol entre las fases apunta en la dirección esperada, el comportamiento tan parecido entre ambas fases hace más difícil distinguir si tal cambio está relacionado con los componentes activos de la propia intervención, con la participación de los mecanismos de cambio de la participante que ya le permitían mantenerse en el consumo excesivo ocasional sin presencia de consecuencias, muy cercano al consumo de menor riesgo, o con la falta de percepción de daño aunque no de riesgo, que queda evidenciado por el motivo de su consulta: *para no caer en un alcoholismo*.

Figura 15

Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 02M2





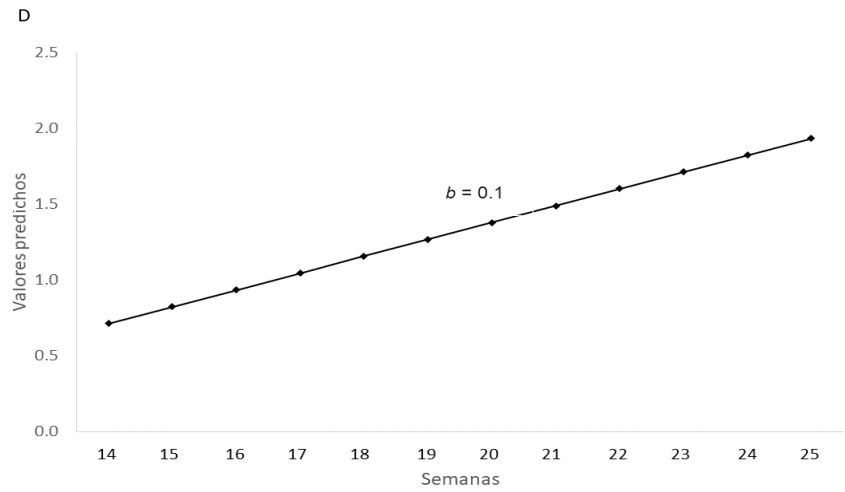
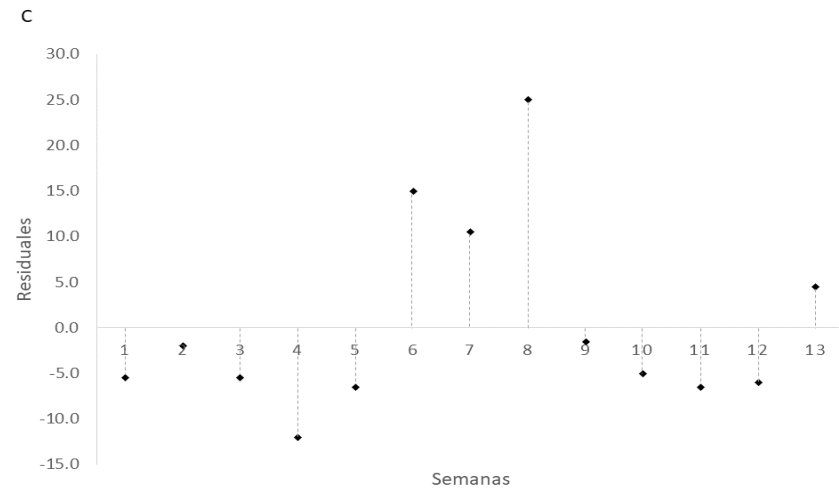
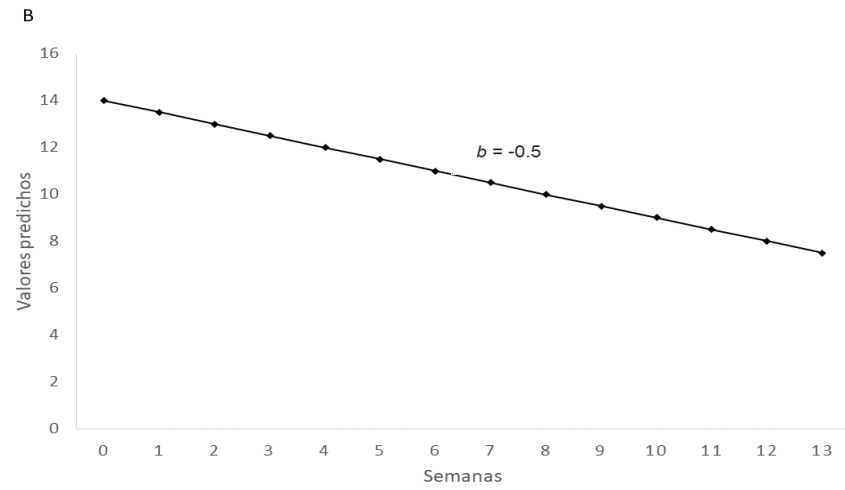
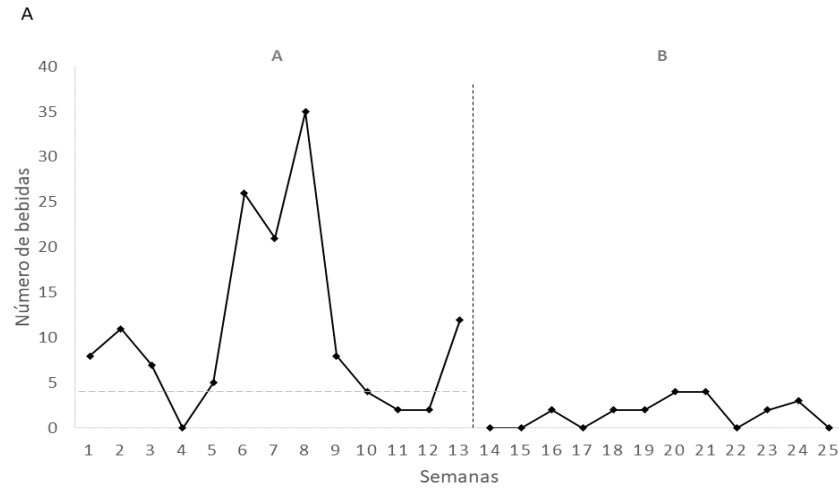
Nota: Muestra la consistencia en el cambio de los indicadores de resultado, la línea horizontal punteada señala el umbral de consumo excesivo. Panel A: Puntos de datos de la fase A o línea base y fase B o tratamiento. Panel B: Tendencia de las puntuaciones de la fase A. Panel C: Análisis de puntuaciones residuales fase A. Panel D: Tendencia de las puntuaciones de la fase B. Panel E: Análisis de puntuaciones residuales Fase B.

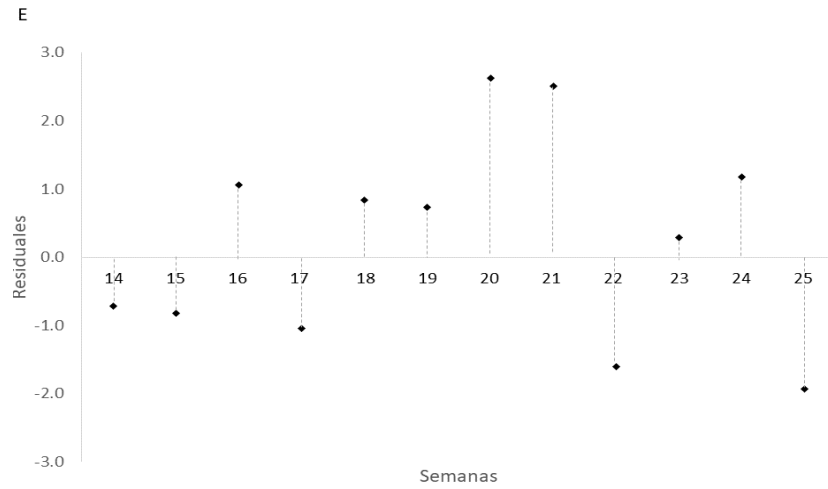
El panel A de la figura 16, fase A, muestra un patrón oscilante entre el consumo acumulado por semana que se mantiene con mucha frecuencia por encima del límite de consumo excesivo, cuya intensidad se vio incrementado en las semanas siguientes hasta superar el umbral entre seis y nueve veces, para caer nuevamente a los niveles de consumo inicial, lo que claramente sugiere una tendencia negativa no monotónica ilustrada en el panel B, mientras el panel C expone una relativa sistematicidad en el comportamiento de los residuales, que podría hacerse más evidente de tener más puntos de datos en la línea base, aun así, los cortos periodos a la baja parecen anuncios consistentes de la aparición de picos de consumo, que podrían ser menos intensos pero con pocas posibilidades de llegar al consumo de menor riesgo por cuenta propia de la participante.

En tanto la fase B, panel A, muestra una disminución importante en la intensidad de consumo semanal, más que en su frecuencia, que a partir del inicio de la intervención y hasta el seguimiento se mantuvo al límite o por debajo de consumo excesivo alcanzando doce semanas, el panel D muestra una tendencia mínimamente incremental de las puntuaciones, el análisis del panel E sugiere un comportamiento relativamente aleatorio a lo largo del tiempo, con episodios de consumo que no superaron el umbral de consumo excesivo, lo que sugiere influencia de la intervención sobre el uso de alcohol.

Figura 16

Puntos de datos fases A y B, tendencia y estabilidad de línea base caso 02M3





Nota: Muestra la consistencia en el cambio de los indicadores de resultado, la línea horizontal punteada señala el umbral de consumo excesivo. Panel A: Puntos de datos de la fase A o línea base y fase B o tratamiento. Panel B: Tendencia de las puntuaciones de la fase A. Panel C: Análisis de puntuaciones residuales fase A. Panel D: Tendencia de las puntuaciones de la fase B. Panel E: Análisis de puntuaciones residuales Fase B.

A manera de resumen, la tabla 30 presenta los datos que informan sobre el cambio entre las fases a través de la diferencia entre las medias calculadas, que dada su sensibilidad a los valores extremos, como puede verse en el tamaños de sus *DE*, resulta poco adecuada; la alternativa más apropiada, y la empleada para desarrollar las gráficas precedentes es la mediana ampliada, que se refiere a la orientación sistemática de los datos en un sentido dado en función del tiempo, este procedimiento de uso habitual en estudios de caso único permite analizar el porcentaje de todos los datos no superpuestos (Bono & Arnau, 2014), que reflejen con más precisión la existencia del cambio.

Tabla 30

Resumen del cambio entre las fases

ID	Puntos de datos por fase		Media (DE)		Mediana ampliada	
	A	B	A	B	A	B
01M1	1	0				
	0	0				
	0	0				
	0	0				
	1	0				
	0	0				
	0	0	1.9 (5.12)	0 (-)	0.2	0
	18	0				
	0	0				
	3	-				
	0	-				
	1	-				
0	-					
Total	22					
01M2	5	0				
	6	0				
	7	0				
	6	0				
	6	0				
	6	0				
	14	0				
	0	0	4.7 (4.5)	0 (-)	4.6	0
	0	0				
	0	0				
	0	0				
	11	0				
0	0					
-	0					
-	0					
Total	28					

ID	Puntos de datos por fase		Media (DE)		Mediana ampliada	
	A	B	A	B	A	B
02M3	8	0				
	11	0				
	7	2				
	0	0				
	5	2				
	26	2				
	21	4	10.9 (10.3)	1.6 (1.6)	7.8	0.42
	35	4				
	8	0				
	4	2				
	2	3				
	2	0				
12	-					
Total	25					
02M2	1	0				
	0	0				
	1	0				
	0	0				
	1	4				
	6	0				
	1	0	1.4 (1.9)	0.8 (1.3)	1	0
	0	0				
	1	2				
	0	2				
	1	0				
	5	0				
1	-					
Total	25					
02M3	8	0				
	11	0				
	7	2				
	0	0				
	5	2				
	26	2				
	21	4	10.9 (10.3)	1.6 (1.6)	7.8	0.42
	35	4				
	8	0				
	4	2				
	2	3				
	2	0				
12	-					
Total	25					

Tamaño del efecto

Para obtener evidencia empírica que agregue mayor certidumbre del cambio en el uso de alcohol, se llevó a cabo el análisis estadístico *Tau* corregida, que es un conjunto de procedimientos para determinar: 1) La asistencia de la fase A. 2) Eliminar la tendencia monótona significativa de la línea base, en caso de ser probada. 3) Calcular el tamaño del

efecto mediante *Tau* de Kendall. 4) Interpretar el resultado de *Tau*; para lo cual se empleó la calculadora basada en la *web* de Tarlow (2016).

La tabla 31 muestra los resultados para el paso uno donde *Tau* indica la tendencia de cambio de las puntuaciones a través del tiempo, estableciendo su falta de significancia estadística en todos los casos, por lo que se puede decir que no hay evidencia contundente de que los participantes habrán de cambiar su consumo en lo inmediato, sea para aumentarlo o disminuirlo, lo que ayuda a disipar las posibles dudas sobre si la tendencia de los casos 01M2 ($b=-0.7$) y 02M3 ($b=-0.5$), representados en las figuras 12B y 15B respectivamente, pudieran estar influyendo el comportamiento de los datos de sus correspondientes fases B, particularmente en la tendencia del caso 02M3 ($b=0.11$) representada en la figura 15D.

Tabla 31

Cálculo del tamaño del efecto

ID	Tendencia de la línea base		Tamaño del efecto		
	<i>Tau</i>	<i>p</i>	<i>Tau</i>	<i>p</i>	DS _{Tau}
01M1	0.050	0.887	-0.434	0.045	0.272
01M2	-0.259	0.276	-0.637	0.001	0.206
02H1	0.040	0.901	-0.093	0.637	0.294
02M2	0.174	0.496	-0.306	0.115	0.269
02M3	-0.104	0.668	-0.565	0.002	0.233

Los resultados de *Tau* para el tamaño del efecto muestran un comportamiento en la dirección esperada para todos los participantes, pero una adecuada significancia estadística únicamente en tres de los cinco casos, esto quiere decir que el tamaño del efecto obtenido fue moderado en el 60% de los casos atendidos, coincidentes con el metaanálisis de Zhang et al. (2018) ocupado de problemas psicosociales en entornos médicos, que muestran índices estadísticamente significativos de tamaño del efecto de pequeños a moderados.

Para averiguar el comportamiento de consumo en la fase B se realizó un análisis de tendencia cuyos resultados se muestran en la tabla 332. Evidentemente para los casos 01M1 y 01M2, al registrar cero bebidas consumidas durante esta fase no tiene sentido hablar de tendencia; lo que resulta altamente interesante es la ocurrencia del cese de consumo a partir del inicio de la intervención (figuras 11A y 12A), sobre todo, teniendo en cuenta que la tendencia positiva en el primer caso y negativa en el segundo de sus respectivas las líneas base (figuras 11B y 12B) no resultaron significativas, es decir que su comportamiento fue no monotónico, y que en ambos casos los residuales mostraron un comportamiento sistemático (figuras 11C y 12C), lo que descarta que el cambio entre las fases se deba al mantenimiento de la tendencia pretratamiento.

Tabla 32

Tendencia de mejora en la Fase B y pertenencia PEC

ID	PEC	Tendencia de a fase de intervención	
		<i>Tau</i>	<i>p</i>
01M1	BRCC	0.000	1.000
01M2	BRCC	0.000	1.000
02H1	BHCC	-0.442	0.101
02M2	BISC	0.160	0.583
02M3	BHCC	0.264	0.305

Nota. ID = Identificador del participante, PEC = Patrón emergente de consumo de alcohol, BRCC = Bebedor riesgoso con consecuencias, BHCC = Bebedor habitual con consecuencias, BISC = Bebedor inicial sin consecuencias.

Para el caso 02H1 resulta interesante el valor de *Tau* que, aunque no resultó estadísticamente significativo, muestra una dirección en el sentido esperado que apoya el análisis visual de la figura 13D, que acompañado de un comportamiento aleatorio de los residuales, apunta la posible existencia de una significancia práctica al final de la intervención,

claramente no atribuible a la tendencia positiva en el pretratamiento dado el comportamiento aleatorio de sus residuales (figura 13E).

Para el caso 02M2, el valor positivo de *Tau* y la falta de significancia estadística, corroboran el análisis visual de la tendencia en la fase B y sus residuales (figura 14D y 14E), indicando una clara continuidad en el uso de alcohol de la participante, no obstante, la presencia de periodos más largos de abstinencia y una pequeña disminución en la intensidad del consumo, lo que resulta suficiente para dudar, incluso, de la presencia de una significancia práctica del tratamiento.

El valor positivo de *Tau* y la falta de significancia estadística para el caso 02M3, apuntan al aumento en el uso de alcohol pero sin evidencia de un comportamiento monótonico, lo que apoya el análisis visual de la tendencia y los residuales (figura 15D y 15E), sugiriendo la eventual continuación de un consumo aleatorio y creciente a lo largo del tiempo; sin embargo, el análisis visual permite detectar fácilmente los cambios tanto en la frecuencia como en la intensidad, siempre y cuando estos sean lo considerablemente *gruesos*, como se aprecia en la figura 15A, que en el cálculo del tamaño del efecto se ven diluidos. A partir de lo cual se puede sostener que los resultados, al menos estarían evidenciando un proceso de adaptación al nuevo patrón de uso de alcohol, coincidente con la demanda trabajable construida entre la consultante y el consultor.

Los resultados expuestos hasta aquí prueban parcialmente la hipótesis sobre el efecto de atenuación en los indicadores susceptibles de cambio de los PEC, especialmente en lo relativo a la intensidad, en tanto se puede ver que en todos los casos hubo una disminución de la cantidad de bebidas consumidas, a partir del inicio y durante la fase de Intervención, sin embargo, el análisis estadístico solo permite asegurar que esta apreciación es adecuada para tres de los cinco casos abordados.

En cuanto a la frecuencia de consumo excesivo se puede observar una reducción de estos picos en todos los participantes excepto en el caso 02H1; aun cuando las fases A muestran el consumo por semana y no por día, nos permite una lectura de la frecuencia de consumo superior o inferior al límite a lo largo del tiempo, que se puede comparar fácilmente con sus respectivas fases B, en las que se observa un consumo acumulado por semana no superior a dicho límite, por lo que evidentemente tampoco lo hubo por día de consumo, y es en este sentido que se puede afirmar la ocurrencia de una atenuación de este indicador basado únicamente en el análisis visual.

Discusión

El presente es uno de los pocos estudios realizados en nuestro país desde una aproximación diferente al paradigma de la TCC, a pesar del reconocimiento de que existen múltiples intervenciones adecuada para atender la adicción a drogas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas et al., 2010); basadas en la evidencia para el abuso de sustancias (Galanter et al., 2014); como mejores prácticas para aumentar la calidad y efectividad en los servicios de atención para TCA (Center for Substance Abuse Treatment, 2020); o para lograr la reducción de episodios de consumo excesivo, riesgoso o problemático de alcohol entre universitarios (Department of Health & Human Services, & NIAAA, 2019).

Con la finalidad de ampliar la evidencia empírica de la TBCS como un modelo de intervención viable para atender el uso de alcohol entre los jóvenes de nuestro país, es que se le puso a prueba en un contexto estudiantil universitario en la Ciudad de México. Modelo que además cuenta con el reconocimiento de la Red Mexicana de Ensayos Clínicos, de ser una aproximación para abuso de sustancias basada en la evidencia (Horigian et al., 2016); que cuenta con resultados de metaanálisis en los que aborda su efectividad en una amplia variedad de situaciones y escenarios en diferentes partes del mundo (Kim, 2006; Zhang et al., 2018); y

del estudio de González, Geraldo et al. (2019) sobre el empleo del modelo para la atención de TCA en el contexto chileno de atención primaria.

Los aportes del estudio tienen que ver en primera lugar, con la respuesta al tratamiento de los participantes en función de los PEC en que se les ubicó, dos de las participantes caracterizadas como BRCC (segunda categoría más grande de los PEC con 31.2%) mostraron el mayor cambio de consumo al llegar a la abstinencia; mientras que en la categoría BHCC (la de menor tamaño con el 5.5%) el varón participante mostró indicios de cambio de consumo en la dirección esperada (éxito parcial), en tanto la participante mujer, ubicada en la misma categoría, logró el éxito para consumo controlado; en la categoría BISC (que junto con los abstemios aglutinó al 57.3%) solo hubo una participante cuyo proceso resultó en fracaso, pretendidamente por la falta de conciencia de daño al no presentar consecuencias en el último año y tener la menor trayectoria de consumo entre los participantes; de la categoría BRESC (categoría con el 6%) no hubo participantes.

Lo que indica que la intervención empleada puede resultar efectiva para los bebedores con consecuencias, más aún para los BRCC (31.2%) que para los BHCC (5.5%), independientemente de si el motivo de consulta es relativo al consumo o a los problemas asociados, pensar en modalidades de entrega grupal, cara a cara o en línea, abriría la oportunidad de llegar al sector más amplio de la población estudiantil con problemas de alcohol y mejor expectativa de éxito.

En cuanto a BHCC, el modelo parece más adecuado para mujeres y sólo con significancia práctica si se es hombre, con un posible beneficio para ambos en función del aumento en la dosificación, claramente relacionado; por un lado, con el empleo de los indicadores que integran la medida de resultado, ya que permitieron identificar el cambio en la frecuencia del consumo excesivo en el caso 02M3, además de la influencia parcial de la intervención al imprimir una tendencia negativa en la intensidad de consumo en el caso 02H1; y

por otro, con la construcción del objetivo terapéutico, que para el primer caso fue alcanzar un consumo controlado y no la abstinencia, semejante a lo pretendido en las intervenciones de reducción de daño, mientras que para el segundo fue lograr adaptarse a la situación de pandemia, pero sin claridad, en ambos casos, de los componentes a los que debiera dedicársele más tiempo en la intervención.

Resulta evidente que cualquiera modalidad de entrega para este sector, debe ser considerada en función del costo beneficio, especialmente cuando las escuelas no cuenten con los recursos humanos y materiales para su aplicación, es muy probable que la derivación de estos jóvenes a espacios de atención especializada sea el procedimiento más adecuado.

Respecto a los PEC sin consecuencias, el modelo no produjo datos que sustenten su utilidad, lo que sugiere emplear estrategias de intervención diferentes y ajustadas tanto para BISC, de los que se desconoce cuál es su proporción específica en tanto el ACL los incorporó con los abstemios, como para BRESC, especialmente en la forma de convocar su participación.

Se concluye, entonces, que la forma empleada del modelo de TBCS puede funcionar como una intervención selectiva para bebedores riesgosos con presencia de consecuencias por el consumo en el último año, e incluso como intervención indicada para bebedores habituales con consecuencias en el mismo periodo de tiempo.

En segundo lugar se encuentran los aportes relativos al comportamiento de los participantes en relación con el tratamiento, destacando que el 100% cubrió la totalidad de las sesiones, 80% fueron mujeres, notoriamente superior al 29% histórico de aquellas que acuden de primer contacto a las Unidades de Especialidades Médicas en Adicciones, cuyo modelo de referencia es la TCC, de las cuales 28% acudió a cuatro o más sesiones de tratamiento y el 31% lo concluyó (Cordero et al., 2020). Sea que supongamos un comportamiento parecido o no en ambos contextos, resultaría de gran importancia averiguar si la intervención es capaz de

mantener sus excelentes niveles de adherencia y éxito (75%) en mujeres con muestras más amplias.

En el mismo sentido se puede destacar la remisión del consumo en dos de los cinco casos desde las primeras sesiones del tratamiento y la disminución de la frecuencia de consumo excesivo en otro (60% de éxito), además de la disminución de la intensidad de consumo registrada en un participante más (20% éxito parcial), resultados coincidentes con lo reportado por González, Geraldo, et al. (2019); determinar si este comportamiento es un efecto directo de la intervención o de la reactividad psicológica, requeriría un estudio específico, aunque el trabajo de Richmond et al. (2014) sugiere que el cambio en el lenguaje, es decir en la forma de preguntar en los procesos de ingreso al servicio de terapia familiar, puede modificar el foco de atención de los consultantes y pasar de los problemas a las soluciones favoreciendo la aparición de cambios pretratamiento, lo que apunta a que el uso del lenguaje del consultante como componente activo, podría ser el actor principal en la aparición de este tipo de cambios, e incluso plantea la idea de que la sesión de evaluación deba considerarse parte integral de la intervención.

El último aporte tiene que ver con el cómo responden los participantes a la filosofía del modelo, es decir, al conjunto de principios que se materializan en las técnicas y procedimientos circunscritos a cada componente activo de la intervención, esto requiere diseñar cuidadosamente un proceso de investigación para obtener evidencia empíricamente comprobable sobre dicho funcionamiento; sin embargo, en un proceso como éste se corre el riesgo de tomar la parte por el todo, prestando más atención a los elementos aislados que al proceso, perdiendo la oportunidad de integrar las ventajas que ofrece cada parte, semejante a cómo se habrían desempeñado los dos indicadores de uso de alcohol de haberlos mantenido separados.

Uno de estos principios es partir de la idea de que los problemas que enfrentan las personas no están presentes siempre, implícitamente esto supone que en sus vidas piensan, hacen y sienten de manera diferente a cómo piensan, hacen y sienten respecto del problema que los ha llevado a la terapia, es decir, son competentes para mantener a raya el problema en una gran variedad de contextos ordinarios, aun cuando esto les pase desapercibido, por lo que el terapeuta opta por *exportar* esas habilidades al contexto problemático, convirtiendo el componente activo de incorporar a la persona en su propio proceso terapéutico, en una búsqueda de los mecanismos de cambio de las personas que los consultan, este principio es una de las piedras angulares del modelo.

Tal proceder derivado de dicho principio tiene ciertas similitudes con lo expresado por Bandura (1999), respecto a la necesidad de estudiar los procesos de recuperación natural del abuso de sustancias, que para el modelo de TBCS sería la inclinación deliberada de centrarse en las excepciones al problema, con la diferencia de que para Bandura, el interés del investigador debe centrarse en estudiar la autorregulación exitosa con fines de optimizar una intervención de carácter instructivo; mientras que para la aproximación pragmática de la TBCS, el interés se centra en el logro de un futuro sin el problema, donde las singularidades de los consultantes imprimen una recalibración constante del proceso terapéutico, tanto en su dirección como en el empleo de los recursos personales disponibles, lo que define esta intervención como no instructiva y técnicamente alejada de la idea del déficit de habilidades de los consultantes.

En tercer lugar, está la situación de pandemia bajo la que se llevó a cabo el estudio y que implicó realizar adaptaciones en el método, especialmente en el diseño de investigación y la modalidad de entrega de la intervención, que pasaron de ser un ensayo clínico controlado a un diseño de caso único y de una modalidad cara a cara presencial a una modalidad cara a cara en línea respectivamente. Aunque en materia de modalidad ambas tienden a obtener

resultados semejantes (Kaner et al., 2017), sin embargo, para la atención de uso de alcohol desde la TBCS no se encontraron reportes de investigación actuales, por lo que es difícil comentar los efectos de dichas adaptaciones en los resultados del estudio, lo que en su lugar incentivó el surgimiento de un par de preguntas generadoras.

La primera tiene que ver con la trayectoria de consumo entre los universitarios, en tanto que el tiempo de exposición a la sustancia de los participantes en cada PEC siempre fue superior al promedio en la categoría de pertenencia, por lo que la pregunta se centra en la posible existencia de un tiempo de exposición crítico y su influencia en los indicadores de uso de alcohol, es decir: ¿Cómo es que el tiempo de exposición a la sustancia afecta las trayectorias de consumo característicamente no lineales de los estudiantes, especialmente en quienes logran mantener un consumo de menor riesgo durante un largo periodo de tiempo, después del cual los episodios de consumo pueden volverse más frecuentes e intensos y al parecer más refractarios a la intervención?

La segunda se refiere a la relación entre dosis de tratamiento - modalidad de entrega - respuesta, en otras palabras: ¿Qué tanto influye el número de sesiones y la modalidad de entrega en la eficacia de la intervención cuando los consultantes ubicados en PEC diferentes son hombre o mujer? Abordar estas preguntas significa seguir ampliando el abanico de alternativas de atención, ajustadas a las características específicas del uso de alcohol entre los jóvenes universitarios.

Limitaciones del estudio y recomendaciones

El cambio en la modalidad de entrega alteró el procedimiento originalmente planteado para evaluar la fidelidad del tratamiento que debe ser fortalecida en estudios posteriores, una aproximación conceptual y metodológica que puede resultar muy útil es el análisis microgenético, una estrategia analítica del cambio cognitivo aplicada al proceso terapéutico que como explica Felix (2019), asume que la intervención es un sistema dinámico donde los

participantes cambia con el fluir de la propia intervención, lo que da origen a una configuración de patrones que permite la identificación de los componentes conductuales de una intervención efectiva.

Este análisis progresivo se ocupa de la secuencia versus el proceso en diferentes niveles que van del cambio ordinario de patrones estables (micro), al cambio en el patrón de cambios (macro), y de ahí al cambio de desarrollo caracterizado por la desestabilización, reorganización y re-estabilización del sistema colectivo e histórico (o de desarrollo); lo que parece apropiado para la intervención empleada, dada su organización secuencial y progresiva susceptible de ser calibrada y recalibrada a medida que se van consiguiendo los objetivos particulares sesión tras sesión, lo que evidenciaría la facticidad de los componentes activos teóricamente definidos.

Otra aproximación alternativa para el estudio de la fidelidad del tratamiento, quizá más apropiada para el reducido número de casos reclutados, podría haber sido el análisis conversacional aplicado, que “estudia la comunicación entrelazada entre los participantes en términos de cómo cada persona crea (y re-crea) una comprensión y una expectativa de la terapia, el proceso de la terapia y los resultados de dicho proceso” (Beltrán, 2002, p. 38), que en estudios futuros podría funcionar como complemento del análisis microgenético.

Otros aspectos de los que adolece el estudio es la composición de la muestra, se recomienda su ampliación para lograr un equilibrio de participantes en cada PEC; así como ampliar el tiempo de seguimiento para determinar la duración de los cambios evidenciados, posiblemente a través de análisis de sobrevivencia, para lo cual se necesitan medidas apropiadas para la población específica en cuanto a los problemas asociados al consumo, en tanto que medidas como el *Rutgers Alcohol Problem Index*, utilizado en estudios con universitarios estadounidenses (Hagman, 2017) y mexicanos (Quiroga, 2008), no cuenta con estudios de validación en población mexicana; así como para el constructo interacción social familiar.

Un aspecto final por referir es el incumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, que de haberse seguido al pie de la letra habría dejado el estudio con menos casos de los presentados, la incorporación de estos no resultó una entera dificultad, en tanto permitió una comparación entre bebedores diversos, lo que permitió encontrar indicios sobre lo adecuado que puede ser la intervención en el contexto universitario, por lo que se sugiere una mejora sustancial en procedimiento de reclutamiento de los participantes.

Referencias

- Abdollahi, Z., Taghizadeh, F., Hamzehgardeshi, Z., & Bahramzad, O. (2014). Relationship between addiction relapse and self-efficacy rates in injection drug users referred to Maintenance Therapy Center of Sari, 1391. *Global journal of health science*, 6(3), 138–144. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p138>
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. *Advances in Experimental Social Psychology*, 20(C), 1–63. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60411-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60411-6)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alonso, J., Mortier, P., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Cuijpers, P., ... Soto-Sanz, V. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depression and Anxiety*, 35(9), 802–814. <https://doi.org/10.1002/da.22778>
- Anderson, H. (2012). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Association American Psychiatric. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC. London, England: American Psychiatric Publishing.
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955–2970.

<https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... Kessler, R. C. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623–638.

<https://doi.org/10.1037/abn0000362>

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1997). Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología, 14*(2), 113–127.

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental, 6*(1), 71–93.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., GiesbrechtNorman, Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *El alcohol: un producto de consume no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 19–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science, 10*(3), 214–217. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00138>

Bandura, A. (2001, febrero). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology, Vol. 52*, pp. 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

Bandura, A. (2005). The evolution of social cognitive theory. En *Great Minds in Management* (pp. 9–35). Oxford: Oxford University Press.

Barragán, T. L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires, Argentina: Lohlé-Lumen.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1998). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Autor (Ed.), *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires, Argentina: Lohlé-Lumen.
- Beltrán, R. L. (2002). *La interacción médico-paciente en la consulta médica. Un análisis conversacional y pragmático*. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Benjet, C., Gutiérrez-García, R. A., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, M. del S., ... Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Publica de Mexico*, 61(1), 16–26.
<https://doi.org/10.21149/9158>
- Berg, K. I., & Miller, D. S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona, España: Gedisa.
- Berg, N., Kiviruusu, O., Bean, C. G., Huurre, T., Lintonen, T., & Hammarström, A. (2018). Social relationships in adolescence and heavy episodic drinking from youth to midlife in Finland and Sweden - Examining the role of individual, contextual and temporal factors. *BMC Public Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5885-8>
- Black, J. J., & Chung, T. (2014, octubre). Mechanisms of change in adolescent substance use treatment: How does treatment work? *Substance Abuse*, Vol. 35, pp. 344–351.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2014.925029>
- Bono, C. R., & Arnau, G. J. (2014). *Diseño de caso único en ciencias del comportamiento y de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Borges, G., Bagge, C., Cherpitel, C. J., Conner, K., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*,

47(5), 949–957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>

- Borges, G., Cherpitel, C., Orozco, R., Bond, J., Ye, Y., Macdonald, S., ... Poznyakf, V. (2006). Multicentre study of acute alcohol use and non-fatal injuries: data from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(6), 453–460. <https://doi.org/10.2471/BLT.05.027466>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Wang, P. S., Lara, C., Berglund, P., & Walters, E. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1371–1378. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1371>
- Borges, G., Wang, P. S., Medina-Mora, M. E., Lara, C., & Chiu, W. T. (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American journal of public health*, 97(9), 1638–1643. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.090985>
- Borsari, B., Neal, D. J., Collins, S. E., & Carey, K. B. (2001). Differential utility of three indexes of risky drinking for predicting alcohol problems in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 321–324. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.15.4.321>
- Brossart, D. F., Laird, V. C., & Armstrong, T. W. (2018). Interpreting Kendall's Tau and Tau-U for single-case experimental designs. *Cogent Psychology*, 5(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1518687>
- Cadigan, J. M., Martens, M. P., Arterberry, B. J., Smith, A. E., & Murphy, J. G. (2013). Examining a curvilinear model of readiness to change and alcohol consumption. *Addiction Research and Theory*, 21(6), 507–515. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.754884>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2014). *Substance Abuse Treatment And Family Therapy TIP 39*. Rockville, Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Center for Substance Abuse Treatment. (2020). *Substance Use Disorder Treatment and Family*

Therapy. UPDATED 2020.

- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2019). *La contracción del gasto per cápita en salud: 2010 – 2020 – CIEP.*
- Cho, S. Bin, Llaneza, D. C., Adkins, A. E., Cooke, M., Kendler, K. S., Clark, S. L., & Dick, D. M. (2015). Patterns of substance use across the first year of college and associated risk factors. *Frontiers in Psychiatry, 6*(OCT), 27. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00152>
- Cooke, M. E., Neale, Z. E., Barr, P. B., Myers, J., Dick, D. M., Kendler, K. S., & Edwards, A. C. (2017). The Role of Social, Familial, and Individual-Level Factors on Multiple Alcohol Use Outcomes During the First Year of University. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 41*(10), 1783–1793. <https://doi.org/10.1111/acer.13478>
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review, 10*(2), 148–167. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.947547>
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to Regulate Positive and Negative Emotions: A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(5), 990–1005. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.990>
- Cordero, M., Medina-Mora, M. E., Zabicky, S. G., & Sánchez, R. M. del C. (2020). *Cobertura de atención a problemas relacionados con el consumo de sustancias en México. Sesión de carteles de la XXV Reunión Anual de Investigación, INPRFM, México.* México.
- Cronce, J. M., Toomey, T. L., Lenk, K., Nelson, T. F., Kilmer, J. R., & Larimer, M. E. (2018). NIAAA's College Alcohol Intervention Matrix. *Alcohol research : current reviews*, Vol. 39, pp. 43–47. NLM (Medline).
- de Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico.* Barcelona, España: Paidós.

de Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona, España: Paidós.

de Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona, España: Gedisa.

de Shazer, S., & Isebaert, L. (2003). The Bruges Model: A Solution-Focused Approach to Problem Drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, Vol. 14, pp. 43–52.

https://doi.org/10.1300/J085v14n04_04

Department of Health & Human Services, & National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

(2019). *Planning Alcohol Interventions Using NIAAA's COLLEGE AIM*.

Díaz, M. A., Díaz, M. R., Rodríguez-Machain, A. C., Díaz-Anzaldúa, A., Fernández Varela, H., & Hernández-Ávila, C. A. (2011). Eficacia de un programa de intervenciones terapéuticas en estudiantes universitarios diagnosticados con dependencia al alcohol. En *Salud Mental* (Vol. 185).

Díaz, M. R., Díaz, M. A., Hernández-Ávila, C. A., Fernández, Varela, H., Solís, T. C., & Narro, Robles, J. (2009). El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes estudiantes del bachillerato. En *Salud Mental* (Vol. 32).

Díaz, M. R., Díaz, M. A., Hernández, Á. C., & Díaz, A. A. (2012). La identificación del consumo de alcohol en los estudiantes de educación media superior y superior. En Reidl (Ed.), *Desarrollo de nuevos modelos para la intervención y el tratamiento de conductas adictivas. Seminarios académicos* (pp. 29–38). México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.

Dishion, T. J., & McMahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(1), 61–75. <https://doi.org/10.1023/A:1021800432380>

Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. M. G., Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. A. (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.

- Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. M. G., Salazar, G. M. L., Tiburcio, S. M. A., & Ayala, V. H. E. (2005). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 156, pp. 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- Espinosa, R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En L. Eguiluz (Ed.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México, D. F.: Pax.
- Esser, M. B., Kanny, D., Brewer, R. D., & Naimi, T. S. (2012). Binge drinking intensity: A comparison of two measures. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(6), 625–629. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.03.001>
- Facultad de Psicología-UNAM. (2013). Adicciones.
- Felix, R. V. (2019). *Análisis microgenético del proceso de implementación de intervenciones breves en adicciones en escenarios clínicos*. Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fernández-Sánchez, H., Gúzmán-Facundo, F., & Herrera-Medina, S. (2021). Importancia del estudio piloto en un proyecto de investigación. *Tesis*, 30(1), 1–24.
- Fernández-Varela, M. H., Lastiri, L. M. A., & Solís, T. C. (2005). *Diagnóstico de salud de los alumnos de primer ingreso al sistema de universidad abierta en los ciclos 2005-1 y 2005-2*.
- Fillmore, M. T., & Jude, R. (2011). Defining “binge” drinking as five drinks per occasion or drinking to a.08% BAC: Which is more sensitive to risk? *American Journal on Addictions*, 20(5), 468–475. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00156.x>
- Galanter, M., Kleber, H. D., & Brady, K. T. (2014). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615370030>

- García, V. S. (2017). *La interacción médico-paciente en la consulta médica. Un análisis conversacional y pragmático*. Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gobierno del Distrito Federal. (2013, julio). Acuerdo 49/2013. Programa conduce sin alcohol. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, pp. 3–11.
- Gómez-Dantés, O., Alonso-Concheiro, A., Razo-García, C., Bravo-Ruiz, L., Orozco, E., Serván-Mori, E., ... Martínez-Palomo, A. (2017). *Prioridades de investigación en salud en México*. Cuernavaca.
- González-González, A., García, F. J., Torres, C. S., González-Forteza, C., Tapia, A. J., Medina-Mora, M. E., & Mejía, H. F.-V. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. En *Salud Mental* (Vol. 35).
- González, S. K., Geraldo, P., Estay, M., & Franklin, C. (2019). Solution-Focused Brief Therapy for Individuals With Alcohol Use Disorders in Chile. *Research on Social Work Practice*, 29(1), 19–35. <https://doi.org/10.1177/1049731517740958>
- Griswold, M., Fullman, N., Hawley CaitlinArian, N., M Zimsen, S. R., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., ... Collaborators, A. (2018). *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Gruenewald, P. J., Johnson, F. W., Light, J. M., Lipton, R., & Saltz, R. F. (2003). Understanding college drinking: Assessing dose response from survey self-reports. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(4), 500–514. <https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.500>
- Hagman, B. T. (2017). Development and psychometric analysis of the Brief DSM-5 Alcohol Use Disorder Diagnostic Assessment: Towards effective diagnosis in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(7), 797–806. <https://doi.org/10.1037/adb0000320>
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M., & Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related

mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 259–279.

<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144652>

Hingson, R. W., Zha, W., & Weitzman, E. R. (2009). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of studies on alcohol and drugs. Supplement*, pp. 12–20.

<https://doi.org/10.15288/jsads.2009.s16.12>

Horigian, V. E., Espinal, P. S., Alonso, E., Verdeja, R. E., Duan, R., Usaga, I. M., ... Feaster, D. J. (2016). Readiness and barriers to adopt evidence-based practices for substance abuse treatment in Mexico. *Salud Mental*, 39(2), 77–84. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.004>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de alcohol*.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. Reporte de alcohol*. México.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Institutos Nacionales de la Salud, & Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (2010). *principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones*. NIH Public Access.

Jessor, R. (1987). Problem-Behavior Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking. *British Journal of Addiction*, 82(4), 331–342.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490.x>

Jessor, R. (2016). *The origins and development of problem behavioral theory: The collected*

works of Richad Jessor. Cham: Springer.

Jessor, R. (2018, marzo). Reflections on Six Decades of Research on Adolescent Behavior and Development. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 47, pp. 473–476.

<https://doi.org/10.1007/s10964-018-0811-z>

Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 788–800.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.788>

Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (2010). Predicting Developmental Change in Healthy Eating and Regular Exercise Among Adolescents in China and the United States: The Role of Psychosocial and Behavioral Protection and Risk. *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), 707–725. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00656.x>

Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2003). Adolescent Problem Behavior in China and the United States: A Cross-National Study Of Psychosocial Protective Factors. *Journal of Research on Adolescence*, 13(3), 329–360.

<https://doi.org/10.1111/1532-7795.1303004>

Josep, J., & Basu, D. (2016). Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Alcohol and Alcoholism*, 52(1), 56–64. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw054>

Kabiru, C. W., Beguy, D., Ndugwa, R. P., Zulu, E. M., & Jessor, R. (2012). “Making It”: Understanding Adolescent Resilience in Two Informal Settlements (Slums) in Nairobi, Kenya. *Child and Youth Services*, 33(1), 12–32.

<https://doi.org/10.1080/0145935X.2012.665321>

Kandel, D. B., & Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74(7), 660–666. <https://doi.org/10.2105/AJPH.74.7.660>

- Kaner, E. F. S., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., ... Michie, S. (2017, septiembre). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>
- Keeney, B. (2007). *Construcción de terapias familiares sistémicas. Espiritu en la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Kendler, K. S., Edwards, A., Myers, J., Cho, S. Bin, Adkins, A., & Dick, D. (2015). The predictive power of family history measures of alcohol and drug problems and internalizing disorders in a college population. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(5), 337–346. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32320>
- Kendler, K. S., Myers, J., & Dick, D. (2015). The stability and predictors of peer group deviance in university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(9), 1463–1470. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1031-4>
- Kim, S. J. (2006). *Examining the Effectiveness of Solution-focused Brief Therapy: A Meta-Analysis Using Random Effects Modeling*. Doctor of Philosophy. The University of Texas at Austin, Texas.
- Klimas, J., Tobin, H., Field, C. A., O’Gorman, C. S. M., Glynn, L. G., Keenan, E., ... Cullen, W. (2014). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009269.pub3>
- Kuntsche, E., Kuntsche, S., Thrul, J., & Gmel, G. (2017). Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology and Health*, 32(8), 976–1017. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325889>
- Labhart, F., Livingston, M., Engels, R., & Kuntsche, E. (2018). After how many drinks does someone experience acute consequences—determining thresholds for binge drinking

based on two event-level studies. *Addiction*, 113(12), 2235–2244.

<https://doi.org/10.1111/add.14370>

Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Alan Marlatt, G. (1999). Relapse prevention an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. En *Psychosocial Treatments* (Vol. 23, pp. 1–17).

<https://doi.org/10.4324/9780203503508>

Linden-Carmichael, A. N., Russell, M. A., & Lanza, S. T. (2019). Flexibly modeling alcohol use disorder risk: How many drinks should we count? *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(1), 50–57. <https://doi.org/10.1037/adb0000431>

Linden-Carmichael, A. N., Vasilenko, S. A., Lanza, S. T., & Maggs, J. L. (2017). High-Intensity Drinking Versus Heavy Episodic Drinking: Prevalence Rates and Relative Odds of Alcohol Use Disorder Across Adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(10), 1754–1759. <https://doi.org/10.1111/acer.13475>

Lopez-Quintero, C., Cobos, J. P. de los, Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 115(1–2), 120–130. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>

Magill, M., Kiluk, B. D., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (2015). Active Ingredients of Treatment and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(10), 1852–1862. <https://doi.org/10.1111/acer.12848>

Mancha, B. E., Rojas, V. C., & Latimer, W. W. (2012). Alcohol use, alcohol problems, and problem behavior engagement among students at two schools in northern Mexico. *Alcohol*, 46(7), 695–701. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2012.06.002>

Martínez, A. D., Martínez, L. R. D., Hernández-Ávila, C. A., Robles, J. N., Varela, H. F., &

- Torres, C. S. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental, 31*(4), 271–282.
- Martínez, M. K., Ayala, V. H., Ruiz, T. G., Salazar, G. M., & Barrientos, C. V. (2009). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta*. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez, M. K., Pedroza, C. F., Salazar, G. M., & Vacío, R. M. D. los Á. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36*(3).
<https://doi.org/10.5514/rmac.v36.i3.21374>
- Martínez, M. K., Salazar, G. L., Pedroza, C. F., Ruiz, T. G., & Ayala, V. 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.
- Mason, W. H., Chandler, M. C., & Grasso, B. C. (1996). Solution based techniques applied to addictions: A clinic's experience in shifting paradigms. *Alcoholism Treatment Quarterly, 13*(4), 39–49. https://doi.org/10.1300/J020v13n04_04
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (1993). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Medina-Mora, M. E., Castro, S., Campillo-Serrano, C., & Gomez-Mont, F. A. (1981). Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican students. *Bulletin on Narcotics, 33*(4), 67–76.
- Medina-Mora, M. E., Cordero-Oropeza, M., Rafful, C., Real, T., & Villatoro-Velazquez, J. A. (2020). COVID-19 and alcohol in Mexico: A serious health crisis, strong actions on alcohol in response—Commentary on Stockwell et al. *Drug and Alcohol Review*.
<https://doi.org/10.1111/dar.13177>

- Medina-Mora, M. E., Natera, G., & Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En *Observatorio Epidemiológico en Drogas, Observatorio mexicano de alcohol, tabaco y otras drogas 2002* (pp. 15–23).
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Monroy Monroy, L., Vidal Uribe, R., & Saade Hazin, A. (2010). *Análisis de Clases Latentes. Una técnica para detectar heterogeneidad en poblaciones* (1a ed.; S. de Salud, Ed.). México: Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C.
- Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Publica de Mexico*, 43(2), 89–96. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342001000200002>
- Mustonen, H., Mäkelä, P., & Lintonen, T. (2014, diciembre). Toward a typology of drinking occasions: Latent classes of an autumn week's drinking occasions. *Addiction Research and Theory*, Vol. 22, pp. 524–534. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.911845>
- Myers, P., & Isralowitz, R. (2011). Alcohol. En *Alcohol. Health and medical issues today* (pp. 3–14). Santa Barbara, California: Greengood.
- Newman, M. G., LaFreniere, L., & Shin, K. E. (2017). Cognitive-Behavioral Therapies in Historical Perspective. En A. J. Consoli, L. E. Beutler, & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice* (pp. 61–75). New York: Oxford University Press.
- Nova Southeastern University. (2020). Timeline Followback Forms.
- Núñez, R. A. C., Rodas, R., & Tobón, S. (2005). Surgimiento y evolución de la terapia cognitivoconductual: Avances, problemas y perspectivas. En Autor (Ed.), *Terpai cognitivo-conductual. El Modelo Procesual de la Salud Mental como camino para la integración, la investigación y la clínica* (pp. 17–57). Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Manizales.

- O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Senger, C. A., Rushkin, M., Patnode, C. D., Bean, S. I., & Jonas, D. E. (2018, noviembre). Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, Vol. 320, pp. 1910–1928.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.12086>
- Ochoa, de A. (1995). Terapia del MRI de Palo Alto. En Autor (Ed.), *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Herder.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. En *OMS - 63ª Asamblea Geral Mundial de Saúde*. Italia.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Organización Panamericana de la Salud, & Drugs International Network on Brief Interventions. (2020). *COVID-19 y la oportunidad para las intervenciones breves virtuales en Cataluña [Webinar]*.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303–322.
<https://doi.org/10.1177/0145445511399147>
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2), 284–299.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Pearson, M., Bravo, A., Kirouac, M., & Witkiewitz, K. (2017). The search for an elusive cutoff

- remains: Problems of binary classification of heavy drinking as an endpoint for alcohol clinical trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 91–96.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.015>
- Pearson, M., Kirouac, M., & Witkiewitz, K. (2016). Questioning the validity of the 4+/5+ binge or heavy drinking criterion in college and clinical populations. *Addiction*, 111(10), 1720–1726.
<https://doi.org/10.1111/add.13210>
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(SUPPL. 14), 91–100.
<https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.91>
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008, julio). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, Vol. 28, pp. 952–962. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
- Poznyak, V., Reed, G. M., & Medina-Mora, M. E. (2018). Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 212–218. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000622>
- Quiroga, A. H. (2008). *Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudioantes universitarios con problemas de alcohol*. Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.
- Quiroga, A. H., Sánchez, S. J. J., Medina-Mora, I. M. E., & Aparicio, N. C. F. (2007). Desarrollo de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 563–577.
- Reidl, M. L. (2012a). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. *Seminarios académicos*. México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.
- Reidl, M. L. (2012b). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de*

conductas adictivas. México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.

- Reidl, M. L., González-González, A., Betancourt, D., & Alcantara, A. (2012). Caracterización y análisis de los espacios de consumo y su cultura en un contexto universitario. En M. L. Reidl (Ed.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* (pp. 29–53). México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.
- Reyna, C., & Brussino, S. (2011). Revisión de los fundamentos del análisis de clases latentes y ejemplo de aplicación en el área de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, *13*(1), 11–19. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(11\)70004-6](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(11)70004-6)
- Richmond, C. J., Jordan, S. S., Bischof, G. H., & Sauer, E. M. (2014). Effects of Solution-Focused Versus Problem-Focused Intake Questions on Pre-treatment Change. *Journal of Systemic Therapies*, *33*(1), 33–47. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2014.33.1.33>
- Rodríguez-Kuri, S. E., Díaz-Negrete, D. B., Gracia Gutiérrez, de V. S. E., Guerrero-Huesca, J. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes Mexicanos. *Salud Mental*, *30*(1), 68–76.
- Rodríguez, D. C., Echeverría, L., Martínez, K. I., & Morales-Chainé, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, *3*(1), 16–27. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.1.03>
- Rohrbaugh, M. J., & Shoham, V. (2006). Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*(1), 66–81. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.66>
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 351–365.
- Romero-Martínez, M., Téllez-Rojo Solís, M. M., Sandoval-Zárate, A. A., Zurita-Luna, J. M., &

- Gutiérrez-Reyes, J. P. (2013). Análisis retrospectivo de la encuesta nacional de adicciones 2008. Identificación y corrección de sesgo. *Salud Publica de Mexico*, 55(3), 337–347. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7217>
- Rosenthal, L., & Bandura, A. (1978). Pshycological modelling: Theory and practice. En E. A. Bergin & L. S. Garfield (Eds.), *Handboock psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 621–658). New Yorck: Willey.
- Salazar, G. M. L., Martínez, M. K. I., & Barrientos, C. V. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud Mental*, 32(6), 469–477.
- Sayette, M. A. (2017, enero). The effects of alcohol on emotion in social drinkers. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 88, pp. 76–89. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.005>
- Scott-Sheldon, L. A. J., Carey, K. B., Kaiser, T. S., Knight, J. M., & Carey, M. P. (2016). Alcohol interventions for Greek letter organizations: A systematic review and meta-analysis, 1987 to 2014. *Health Psychology*, 35(7), 670–684. <https://doi.org/10.1037/hea0000357>
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*.
- Secretaría de Salud. (2010). *Programa Nacional de Alcoholimetría. Manual para la implementación de operativos*. México, D. F.: Secretariado Técnico Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.
- Skinner, M. D., & Aubin, H. J. (2010, marzo). Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 34, pp. 606–623. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.024>
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280–285. <https://doi.org/10.1126/science.3563507>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00056.x>
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline Follow-Back. A technique for assessing self-reported alcohol consumption. En A. J. P. Litten R. Z. (Ed.), *Measuring Alcohol Consumption* (pp. 41–72).
- Solís, T. C., Gorab, R. A., & Fernández-Varela, M. H. (2012a). Consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas en estudiantes de la zona metropolitana de la Ciudad de México que ingresaron a bachillerato o licenciatura en 2006. En Reidl (Ed.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas. Seminarios académicos* (pp. 203–214). México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.
- Solís, T. C., Gorab, R. A., & Fernández-Varela, M. H. (2012b). Consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas en estudiantes de la zona metropolitana de la Ciudad de México que ingresaron a bachillerato o licenciatura en 2007. En Reidl (Ed.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas. Seminarios académicos* (UNAM-Migue, pp. 215–236). México.
- Stanesby, O., Labhart, F., Dietze, P., Wright, C. J. C., & Kuntsche, E. (2019). The contexts of heavy drinking: A systematic review of the combinations of context-related factors associated with heavy drinking occasions. *PLoS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218465>
- Stanton, M. (2014). Family Therapy. En *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615370030.mg32>
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development*, 71(4), 1072–1085. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00210>
- Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P., & Rudiger, K. (2016). How Effective are Behaviour Change Interventions Based on the Theory of Planned Behaviour. *Zeitschrift für*

- Psychologie*, 224(3), 216–233. <https://doi.org/10.1027/2151-2604>
- Strunin, L., Díaz-Martínez, L. R., Díaz-Martínez, A., Heeren, T., Winter, M., Kuranz, S., ... Solís-Torres, C. (2015). Drinking patterns and victimization among male and female students in Mexico. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 226–235. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu092>
- Strunin, L., Díaz Martínez, A., Díaz-Martínez, L. R., Heeren, T., Kuranz, S., Winter, M., ... Solís-Torres, C. (2013). Parental monitoring and alcohol use among Mexican students. *Addictive Behaviors*, 38(10), 2601–2606. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.011>
- Tanner-Smith, E. E., & Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001>
- Tarlow, K. R. (2016). Baseline Corrected Tau.
- Tarlow, K. R. (2017). An Improved Rank Correlation Effect Size Statistic for Single-Case Designs: Baseline Corrected Tau. *Behavior Modification*, 41(4), 427–467. <https://doi.org/10.1177/0145445516676750>
- Thombs, D. L., Olds, S., Bondy, S. J., Winchell, J., Baliunas, D., & Rehm, J. (2009). Undergraduate drinking and academic performance: A prospective investigation with objective measures. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(5), 776–785. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.776>
- Turbin, M. S., Jessor, R., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter? *Health Psychology*, 25(4), 445–454. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.445>
- U.S. News & World Report. (2020). 2020 Best National Universities | US News Rankings.
- UNAM Global TV. (2018). *Presentación de la Clínica de Atención Integral para las Adicciones*.
- Villarreal, G. M. E., Sanchez, S. J. C., & Musitu, O. G. (2013). Análisis psicosocial del consumo

- de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857–874.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.apca>
- Villatoro, V. J., Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., & Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1), 43–54.
- Villatoro, V. J., Moreno, L. M., Gutiérrez, L. M., Sánchez, P. V., Bretón, C. M., Gaytan, F. F., ... Buenabad, A. N. (2012). Consumo de drogas, alcohol, tabaco y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato y universitarios. En Reidl (Ed.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* (pp. 121–139). México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.
- Villatoro, V. J., Oliva, N., Mujica, R., Fregoso, D., Bustos, M., & Medina-Mora, M. E. (2015). *Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México*. México.
- Vujanovic, A. A., Meyer, T. D., Heads, A. M., Stotts, A. L., Villarreal, Y. R., & Schmitz, J. M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 402–415. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1199697>
- Waldron, H. B., & Turner, C. W. (2008, enero). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 37, pp. 238–261. <https://doi.org/10.1080/15374410701820133>
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and Behavioral Consequences of Binge Drinking in College: A National Survey of Students at 140 Campuses. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(21), 1672–1677. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520210056032>
- Wechsler, H., Dowdall, G., Davenport, A., & Rimm, E. (1995). A gender-specific measure of

binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85(7), 982–985.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.85.7.982>

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J., & Lee, H. (1998). Changes in Binge Drinking and Related Problems Among American College Students Between 1993 and 1997. Results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 47(2), 57–68. <https://doi.org/10.1080/07448489809595621>

Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2001). Binge drinking and the american college student: What's five Drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 15, pp. 287–291.

<https://doi.org/10.1037/0893-164X.15.4.287>

Witkiewitz, K., Kirouac, M., Roos, C. R., Wilson, A. D., Hallgren, K. A., Bravo, A. J., ... Maisto, S. A. (2018). Abstinence and low risk drinking during treatment: Association with psychosocial functioning, alcohol use, and alcohol problems 3 years following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(6), 639–646. <https://doi.org/10.1037/adb0000381>

World Health Organisation. (1994). *Lexicon of alcohol and drugs terms*. Ginebra, Suiza: World Health Organisation.

World Health Organisation. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.

https://doi.org/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

World Health Organisation. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. En V.

Poznyak & D. Rekve (Eds.), *World Health Organization*. Switzerland.

World Health Organization. (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Washington D. C.: WHO.

Zhang, A., Franklin, C., Currin-McCulloch, J., Park, S., & Kim, J. (2018, abril). The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 41, pp. 139–151. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9888-1>

Apéndice A

Consentimiento informativo subestudio 1.

Caracterización del Consumo de Alcohol en Estudiantes

El *Sistema para la Detección Oportuna del Uso de Sustancias Psicoactivas (SiDeOp)*, es un proyecto que reúne el esfuerzo de un grupo de académicos de Nombre de la Institución, orientado a la recolección de información sobre los patrones de consumo de sustancias adictivas en población estudiantil universitaria, el comportamiento de estos patrones en las generaciones de nuevo ingreso, la canalización a instituciones de atención especializada de los casos detectado, y la operación de un programa piloto de atención al consumo de alcohol.

En todo proceso de investigación, como lo es éste, tenemos la obligación de informar a los participantes de los pormenores de este, por lo que te pedimos leas cuidadosamente la siguiente información y al terminar marques la casilla *Estoy de Acuerdo* para poder continuar.

El *propósito general del estudio* es establecer un sistema de detección y seguimiento longitudinal de los patrones de uso de sustancias psicoactivas, que permita hacer un diagnóstico institucional sobre esta cuestión en la población estudiantil de nuevo ingreso a Nombre de la Institución, y de esta manera obtener evidencia empírica robusta que sustente las acciones institucionales para atender y dar seguimiento a la problemática detectada. Sin tu participación este esfuerzo que busca atenuar uno de los obstáculos que más afectan el aprovechamiento y consecución de los objetivos académicos de los estudiantes en este nivel sería infructuoso, por lo que agradecemos tu compromiso y honestidad al responder la encuesta.

Para participar en el estudio sólo basta ser estudiante de reciente ingreso al Nivel Superior o Medio Superior en cualquier escuela o carrera impartida en Nombre de la Institución y estar dispuesto a responder la encuesta; sin embargo, esto *no es un acto obligatorio* por lo

que puedes decidir no participar o retirarte de la encuesta en cualquier momento, esta decisión no representa menoscabo alguno en tu condición de estudiante dentro de la Institución.

Responder la encuesta no implica riesgo a la salud de los participantes, toda la información proporcionada será confidencial garantizando el anonimato y tratada estadísticamente con fines de investigación. Al finalizar la encuesta el sistema desplegará las sugerencias pertinentes y personalizadas para cada participante, dicha información estará disponible al momento para descarga o impresión, o se podrá consultar en otro momento, iniciando una nueva sesión en el sistema con la clave proporcionada.

No se solicitará información sobre tu nombre o tu dirección, pero sí el código postal del lugar en que habitas o la colonia y delegación, información necesaria para especificar la dirección de los centros de atención especializada más cercanos a tu domicilio; y un correo electrónico para confirmar el proceso de registro en el sistema.

Consulta la [política de privacidad y protección de datos personales](#) en nuestro aviso de privacidad.

Contacto:

Roberto Cordero Oropeza

psicrobertocordero@hotmail.com

Apéndice B

Consentimiento informativo subestudio 2.

Eficacia de una intervención sistémica en el patrón de consumo de alcohol en universitarios

El presente estudio es una iniciativa surgida del interés por aumentar las alternativas de atención a la comunidad estudiantil de la Institución participante, orientada a modificar el patrón de consumo problemático de alcohol (esto es: moderarlo, disminuirlo, o eliminarlo), que de no ser atendido puede progresar a niveles de consumo más severos, con el consecuente incremento de problemas de salud, sociales y escolares.

Antes de iniciar su participación en esta investigación es necesario que usted conozca y comprenda cada uno de los siguientes puntos, si después de leerlos permanece alguna duda, siéntase con la entera libertad de preguntar cualquier cosa que le permita despejarlas.

1. Justificación y propósito del estudio

A lo largo de los años, estudios nacionales e internacionales han reportado un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes que transitan entre diferentes niveles educativos, al que se le han asociado problemas de salud como olvidos y malestar generalizado; accidentes y lesiones sufridos y provocados a terceros; problemas familiares y de pareja; o de desempeño en el ámbito escolar o laboral. Por lo que esta investigación intenta averiguar cuánto se pueden beneficiar los estudiantes interesados en modificar su patrón de consumo, según ciertas características personales, de su contexto social-familiar y de consumo, al recibir una intervención psicosocial especializada.

2. Procedimiento

El estudio consta de una sesión de evaluación, cinco sesiones de una hora más, todas las sesiones del proceso serán filmadas y serán eliminadas tras un año de haberse cumplido la

sesión de seguimiento, con el fin de precisar alguna información en la fuente original directa, en caso necesario. Las sesiones se realizarán a través de la plataforma de *streaming* Skype.

3. Confidencialidad y anonimato

Toda la información recabada (en papel y por medios digitales) se empleará únicamente con fines de investigación y sólo tendrán acceso a ella el profesional a cargo de cada caso. Algunos segmentos de las filmaciones serán empleados para verificar la correcta ejecución técnica del profesional, para garantizar el anonimato se difuminarán los rostros antes de solicitar la supervisión de otros expertos.

4. Beneficios

Recibir atención profesional de un experto con grado de maestría y experiencia en el tratamiento de problemas de uso de sustancias, SIN COSTO.

Posibilidad de aumentar su calidad de vida por disminución del consumo de alcohol y de los problemas asociados.

5. Riesgos de participación

Mínimo en tanto la recolección de datos no es invasiva y las modalidades de tratamiento son colaborativas y no confrontativas.

6. Como parte de la ética profesional del investigador y de los terapeutas participantes reconocemos que usted tiene el derecho a:

- Decidir con la mayor conciencia posible si quiere participar en esta investigación, o retirarse en cualquier momento de ella sin ninguna obligación moral, escolar, o de cualquier otro tipo.
- Hacer cualquier pregunta acerca de los métodos que se emplean comúnmente en las sesiones.
- Oponerse al registro electrónico de los datos. Le reiteramos que este procedimiento es vital para la investigación, por lo que buscamos que a usted le quede claro y con

exactitud, qué es lo que se hará con esos registros y durante cuánto tiempo los serán conservados, sin que esto menoscabe su derecho a suspender su autorización en cualquier momento.

- Conocer los datos objetivos que se encuentren en su expediente y se refieren a su propia persona. De lo anterior quedan excluidos los apuntes personales del profesional a lo largo del proceso de atención, ya que esos textos se refieren a opiniones provisionales o hipótesis de trabajo que son personales del terapeuta.

Acuerdo mutuo para el inicio de la participación en la investigación

1. Manifiesto mi acuerdo de participar en la presente investigación por un máximo de 5 sesiones de tratamiento y una de seguimiento.
2. Entiendo que puedo retirar mi participación en cualquier momento y que no tengo obligación moral, legal o financiera de completar el número máximo de sesiones propuestas.
3. Manifiesto que soy consciente de que, entre los posibles beneficios de mi participación ocurra una modificación en mi patrón de consumo de alcohol y/o un aumento en mi calidad de vida, y en caso de que mi situación caiga fuera de los alcances de la investigación, recibiré información de los lugares a los que puedo acudir para ser atendido.
4. Manifiesto que he tenido tiempo de pensar por mi cuenta, consultar a personas o profesionales de mi confianza y hacerle todas las preguntas necesarias para aclarar mis dudas.

Por lo anterior, luego de sopesar mi decisión, acepto participar en esta investigación en los términos antes señalados.

Roberto Cordero Oropeza

Investigador principal

Nombre y firma del consultante

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Fecha:

Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Fecha:

Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Contacto: piloto@gmail.com

Apéndice C

Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol

Debido a que el uso del alcohol puede ser un factor de riesgo para la salud, así como para diferentes aspectos de la vida cotidiana, resulta importante que respondas algunas preguntas sobre la probabilidad de involucrarte en ciertas actividades. No existen respuestas correctas o incorrectas, éstas serán confidenciales por lo que te pedimos respondas con la mayor franqueza. Para responder ten en cuenta: **¡Qué tan probable es que te involucres en las siguientes actividades durante el próximo año!**

Instrucciones: Elije de “**extremadamente improbable**” a “**extremadamente probable**”, si esperas experimentar esta actividad durante los próximos 12 meses¹. Para cada declaración, haz un clic en una de las opciones que se despliega en la columna de la derecha, y que más se aproxima a la probabilidad de que participes en cada experiencia.

1. Manejar después de beber.	Elija un elemento.
2. Tener una cruda.	Elija un elemento.
3. Sentirme con náuseas o vomitar después de beber.	Elija un elemento.
4. Experimentar olvidos.	Elija un elemento.
5. Herirme físicamente mientras bebo.	Elija un elemento.
6. Desarrollar tolerancia al alcohol (Necesitar más alcohol para tener el mismo efecto).	Elija un elemento.
7. Faltar a clases debido a estar crudo.	Elija un elemento.
8. Asistir a clases después de beber.	Elija un elemento.
9. Obtener una baja calificación debido a beber.	Elija un elemento.
10. Incapacidad de entregar tareas a tiempo debido a beber.	Elija un elemento.
11. Causar vergüenza o malestar a alguien debido al beber.	Elija un elemento.
12. Argumentar, actuar incorrectamente, o hacer cosas crueles después de beber.	Elija un elemento.

¹ En la fase de inferencia este formato se empleó con una modificación en las instrucciones sobre un horizonte temporal de 30 días.

13. Hacer cosas que originan reacciones negativas de los demás mientras bebo.	Elija un elemento.
14. Pasar mucho tiempo en actividades centradas en el beber.	Elija un elemento.
15. Desarrollar un problema de alcohol.	Elija un elemento.
16. Convertirme en alcohólico.	Elija un elemento.

Apéndice D

Lista de Cotejo de los Criterios del DSM-5 para TCA

Instrucciones: A continuación, se enlista una serie de preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas y algunas de sus posibles consecuencias, **haz un clic en el cuadro de la opción que mejor represente tu experiencia al respecto.** Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas, éstas serán confidenciales por lo que te pedimos respondas con la mayor franqueza.

En los últimos doce meses:	No	Si
1. ¿Necesitas cantidades cada vez mayores de alcohol para alcanzar el mismo estado de embriaguez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Los efectos que tienes con la misma cantidad que tomas son menores ahora que antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Después de haber consumido cantidades fuertes de alcohol o que el efecto ha pasado ¿te sientes inquieto, nervioso, deprimido o molesto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tomas durante el día para aliviar las molestias producidas cuando dejas de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con frecuencia tomas cantidades mayores a lo que te propones en un principio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has tomado alcohol por más tiempo de lo que inicialmente pretendías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Algunas veces has deseado dejar de tomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Has tratado de dejar de beber sin lograrlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Pasas una buena parte de tu tiempo en actividades que tienen que ver con la bebida (reuniones, comida, fiestas, actividades deportivas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿En la mayor parte de las cosas que hace durante el día el alcohol se encuentra presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Has notado que tardas una buena parte del día en recuperarte de los efectos de la cruda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Has dejado de asistir a reuniones con tu familia, en el trabajo, en la escuela por consumir alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Experimentas con frecuencia un fuerte deseo por beber alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿A menudo sientes la necesidad de consumir alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Bebes a pesar de saber que enfrentarás situaciones donde las personas pueden sufrir lesiones a causa de tu consumo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Bebes a pesar de saber que enfrentarás situaciones en las que tú mismo puedes sufrir alguna lesión, por ejemplo, conducir un vehículo o emplear algún	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

tipo de maquinaria?		
17. ¿Has sufrido lesiones corporales a causa de tu consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿A pesar de experimentar consecuencias físicas o psicológicas a causa del alcohol has seguido tomando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Has tenido conflictos con amigos, vecinos o familiares por tu forma de consumir alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Has faltado a tus obligaciones en la escuela, en el trabajo o con la familia por consumir alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apéndice E

Escala de Monitoreo Parental

Debido a que el uso del alcohol puede estar relacionado con la forma que tienen los padres de estar atentos a las actividades de sus hijos, resulta importante para esta investigación que respondas qué tan frecuentemente ocurre lo que dice cada afirmación de la siguiente lista. No existen respuestas correctas o incorrectas, éstas serán confidenciales por lo que te pedimos respondas con la mayor franqueza.

Instrucciones: Haz un clic en el cuadro de la opción que mejor represente tu experiencia en relación con tus padres.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Mis padres saben dónde estoy después de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le digo a mi (s) padre (s) con quién voy a estar antes de salir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando salgo por la noche, mis padres saben dónde estoy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hablo con mis padres sobre los planes que tengo con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando salgo, mis padres me preguntan a dónde voy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apéndice F

Ficha de Identificación

Expediente: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Datos generales

Razón principal para participar	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Nombre:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Edad en años cumplidos:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Sexo (selecciones una casilla):	No binario <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
Actualmente cursas:	Elija un elemento.
Periodo de ingreso:	Elija un elemento.
Semestre o año que cursas actualmente.	Elija un elemento.
Institución donde cursó el bachillerato	Elija un elemento.
Tiempo de dedicación a las labores escolares	Elija un elemento.
Tiempo de trabajo remunerado	Elija un elemento.
De las personas que viven en tu casa	
¿Alguien habla alguna lengua indígena?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tú hablas alguna lengua indígena?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El lugar donde has vivido la mayor parte de tu vida, era o es	Elija un elemento.
Limitaciones por ausencia de salud física o emocional	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo de limitación física o emocional	Elija un elemento.
Estado civil	Elija un elemento.
¿Cuál es la escolaridad máxima de tu	

- papá (o sustituto)? Elija un elemento.
- ¿Cuál es la escolaridad máxima de tu mamá (o sustituta)? Elija un elemento.
- ¿Cuántas horas al día convives con tu papá o sustituto? Elija un elemento.
- Cuántas horas al día convives con tu mamá o sustituto? Elija un elemento.
- Tratamiento previo para consumo de alcohol. Si No
- Religión. Elija un elemento.
- La vivienda que habita es: Elija un elemento.
- Tipo de vivienda: Elija un elemento.

Apéndice G

Reporte de Sesión

Fecha: ____/____/____

Número de sesión: ____

Pre-sesión

Motivo de consulta: Establecido por los consultantes en el primer contacto.

Plan de la sesión: 1ª sesión: Establecimiento de una demanda trabajable.

2ª sesión y subsecuentes: objetivo(s) terapéutico(s) de la sesión.

Demanda trabajable: Es la descripción establecida en común acuerdo con los consultantes de lo que habrá de lograrse a lo largo del proceso terapéutico.

Sesión

Descripción de los consultantes: Aspectos relevantes de la forma en que se presenta el consultante, estado anímico, disposición, historia de la aparición del motivo de consulta, aspectos de salud o contextuales que el consultante mira relacionados con su demanda o resultan relevantes para la terapia.

Descripción de las interacciones del sistema familiar: Son los patrones de interacción asociados tanto a la queja como a los intentos de solución.

Descripción de las Intervenciones: La(s) más relevante(s) en la sesión, en qué consistió el efecto de su empleo para el logro de los objetivos propuestos o su reorientación en la sesión correspondiente.

Inter-sesión

Mensaje: Literal en medida de lo posible

Intervención principal: Literal en medida de lo posible

Post-sesión

Pedicción: Razones por las cuales el terapeuta supone que el consultante regresará o no a la siguiente sesión con o sin la actividad realizada.

Apéndice H

Lógica y secuencia del proceso terapéutico por sesión

Sesión 1. Establecimiento de una demanda trabajable

Pre-sesión

El terapeuta procede a familiarizarse con la información del expediente abierto en la sesión de primer contacto: motivo de consulta, composición y estructura familiar, datos generales del consultante, entre otros, esto le sirve para preparar preguntas que le informen sobre la vida cotidiana del consultante, gustos, pasatiempos, intereses, redes de apoyo dentro y fuera de la familia, etcétera, que estén libres del problema.

Sesión

Tras el periodo introductorio de socialización donde se formulan preguntas como: ¿De qué escuela nos visitas? ¿Cómo te va en la carrera que estudias? ¿Qué haces habitualmente para divertirte? ¿Cómo te enteraste de este servicio? Se procede a rastrear información para definir concretamente la situación que la persona quiere cambiar.

Cabe destacar que desde este modelo se desaconseja abordar el objetivo genérico de sesiones posteriores sin tener elementos concretos del objetivo previo. Un ejemplo de ello puede ser cuando la diada terapeuta-consultante no logra avanzar en la transformación de un motivo de consulta abstracto, dejar de ser alcohólico, por ejemplo, a una demanda trabajable, es decir, describir en términos de acciones, pensamientos y sentimientos o emociones, la manera en que la vida o relaciones del consultante serán cuando la situación problemática haya desaparecido, disminuido o resulte manejable para el consultante, algo como: Divertirme en las reuniones con mis amigos estando sobrio.

Para definir concretamente cómo habrá de ser la vida del consultante en ausencia del problema; esto es ¿Qué pensará, hará y sentirá? ¿Cómo lo verán las personas significativas para él? ¿Cómo se relacionarán entre sí y cómo se sentirán en tales circunstancias? El

terapeuta busca una descripción compartida de lo que el consultante puede esperar de la terapia. Algunas preguntas y elicitaciones clave en esta primera sesión son:

Dime ¿Cómo decidiste que esta es una buena opción para ti? ¿Qué cosas diferentes han pasado desde que decidiste venir? ¿Cómo habrá de ser tu vida una vez que se haya resuelto la situación que te ha traído aquí? ¿Quiénes notarán que las cosas habrán cambiado, que cosas diferentes notarán en ti? *Ayúdame a saber si estoy entendiendo bien..., cuando estas reuniones dejen de ser necesarias tú...* (descripción de acciones libres del problema) *permanezcas sobrio los fines de semana durante x tiempo, y ese tiempo lo dediques a...* (descripción de las interacciones con otros significativos), *y puedan expresar...* (descripción del contenido de pensamientos y emociones), *tú y yo estaremos de acuerdo en que el problema estará resuelto.*

Aunque para el modelo resulta secundario describir la secuencia problemática, resulta importante que el terapeuta presta atención a la historia de soluciones intentadas, para evitar repetir la forma de éstas en las intervenciones terapéuticas futuras.

Inter-sesión

El uso del lenguaje (lingüístico y paralingüístico) en la formulación del mensaje dependerá de lo que el consultante haya dicho y cómo lo haya dicho, de las creencias vertidas por el consultante que pueden ponerse en duda implícitamente, o apoyarse abiertamente resaltando sus ventajas, así como de las habilidades y gustos que la persona haya manifestado como un referente de su capacidad de desempeño competente, y reconocimiento de lo que la situación le hace sentir y que naturalmente habrá de cambiar.

A continuación, se formula la intervención principal, en este punto es habitual emplear tareas de fórmula: 1) De la primera sesión: *De aquí hasta la próxima vez que nos veamos te voy a pedir que observes y anotes aquello que ocurre en tu familia, vida, matrimonio, o relación, que quieres seguir manteniendo.* 2) Tarea sorpresa: *Te voy a pedir que de aquí a la siguiente*

sesión hagas algo nuevo que sorprenda a... (persona significativa), y pongas mucha atención en la forma en que reacciona, es muy importante que no lo comentes con ella y de eso hablaremos la siguiente sesión. 3) Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces; estas sirven para identificar si los recursos que posee el consultante son internos o externos cuando el problema aparece y no aparece: *Fíjese en lo que hace la siguiente vez que (descripción de contexto de consumo) pero que ésta (descripción de la secuencia problemática), haya ocurrido de otra manera, de una forma diferente. Fíjese en lo que hace cuando supera... (descripción del síntoma) en el primer caso, y prediga todas las mañanas si antes del mediodía tendrá una solución eficaz, en el segundo.*

O alguno de los tres tipos de intervenciones generales del modelo: 1) Intervenciones sobre la secuencia sintomática cambiando la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración, lugar donde se produce el síntoma. 2) Intervenciones sobre el patrón del contexto: El terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente. 3) Tareas de fórmula de la primera sesión: *De aquí hasta la próxima vez que nos veamos te voy a pedir que observes y anotes aquello que ocurre en tu familia, vida, matrimonio, o relación, que quieres seguir manteniendo.* Tarea sorpresa: *Te voy a pedir que de aquí a la siguiente sesión hagas algo nuevo que sorprenda a... (persona significativa), y pongas mucha atención en la forma en que reacciona, es muy importante que no lo comentes con ella y de eso hablaremos la siguiente sesión.* Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces, esta sirve para identificar si los recursos que posee el consultante son internos o externos, pero el propio consultante no es capaz de establecer diferencia entre lo que sucede cuando el problema aparece y no aparece: *Fíjese en qué hace cuando supera... (descripción del síntoma) para el primer caso, y prediga todas las mañanas si antes del mediodía tendrá una solución eficaz, para el segundo.*

Post-sesión

El terapeuta hace las anotaciones correspondientes en el formato de reporte de sesión que finaliza con una reflexión sobre las razones por las cuales el terapeuta cree que el consultante regresará o no con la actividad realizada o no.

Sesión 2. Inicio del cambio.

Aplicación de LIBARE y ERPCA antes de iniciar de la sesión.

Pre-sesión

El terapeuta se prepara para dar continuidad a la sesión, recurriendo a las anotaciones hechas al final de la sesión anterior.

Para abrir la sesión con el periodo de socialización, el terapeuta formula preguntas relacionadas con la vida cotidiana que el consultante haya comentado en la sesión previa, con el fin de rastrear habilidades, recursos y fortalezas, por ejemplo: ¿Qué tal te fue en este periodo de exámenes? ¿Cómo estuvo la salida de fin de semana con tus padres? ¿Qué cosas interesantes han pasado esta semana? Esta última es una forma no directa de revisar el efecto de la intervención principal de la primera sesión.

Sesión

El terapeuta dirige la entrevista interventiva, es decir, formula preguntas que presuponen que el cambio es inevitable, que el problema no puede ocurrir siempre y que el consultante antes ya ha hecho cosas para mantenerse libre del problema, básicamente busca una descripción de los momentos en que el problema está ausente y cómo ha logrado que ocurra, centrándose en:

La definición conductual de la solución *¿Qué otras cosas harás cuando el problema desaparezca?*

La búsqueda de estrategias eficaces *¿Cuándo fue la última vez que lograste permanecer sobrio, beber menos, duró menos el episodio de consumo?*

Identifica detalladamente la regla de excepción y la regla del problema.

Si se obtienen descripciones muy pobres con estas preguntas se puede formular una pregunta de avance rápido llamada:

La pregunta del milagro, que es una pregunta sobre el futuro deseable: *Imagina que una noche mientras duermes ocurre un milagro y el problema se resuelve ¿cómo te darías cuenta que el milagro ocurrió... qué habrá de ser diferente? A continuación pregunta: ¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo... qué tienes que hacer para que esto ocurra con más frecuencia?* Una vez obtenida una descripción del milagro se puede establecer un horizonte de tiempo como indicador del logro del objetivo *¿Cuánto tiempo debes (descripción de los elementos pequeños del milagro empleando el lenguaje del cliente) para considerar que lo que te tajo aquí lo has superado?*

Inter-sesión. Siguiendo la lógica descrita en la sesión 1, se elabora un mensaje donde se destacan las habilidades del consultante para mantenerse libre del problema. La intervención es una solicitud expresa para emplear estrategias para controlar, evitar o eliminar el problema, o bien hacer cosas satisfactorias en otras esferas de su vida.

Post-sesión

Se sigue la misma lógica descrita en la sesión 1.

Sesión 3. Ampliación y mantenimiento del cambio

Pre-sesión

El terapeuta se prepara para dar continuidad a la sesión, recurriendo a las anotaciones hechas al final de la sesión anterior.

Siguiendo la lógica de las sesiones previas el terapeuta formula preguntas como: *¿Qué tal van las cosas en casa... el trabajo... la escuela... con la pareja...?* También es habitual que el terapeuta formule observaciones con base en las habilidades, recursos y fortalezas

mostradas por el consultante de los pequeños avances ante lo difícil de la situación que enfrenta.

Sesión

La revisión de la actividad prescrita es muy consistente a lo largo del resto de las sesiones, comienza con la identificación de un cambio mínimo dirigido a la consecución del objetivo terapéutico general, algunas preguntas referidas a este tipo de cambios positivos ocurridos entre sesiones son: *Cuéntame ¿qué cambios positivos han ocurrido desde la última vez que nos vimos? ¿Qué cosas te gustaría que siguieran ocurriendo? ¿Qué cosas positivas has estado haciendo en esta semana?* Lo que permite dar el paso hacia la exploración del mantenimiento del cambio empleando preguntas como: *¿Qué tienes que hacer para que los cambios persistan? ¿Hay algo que pudiera ocurrir en las próximas semanas que fuera un obstáculo para mantener los cambios? ¿De qué otra forma podrías abordarlo?* y finalizar con la ampliación del cambio empleando preguntas de escala: *En una escala de 1 a 10, siendo 1 el momento en que decidiste usar el servicio y 10 la solución ideal del problema ¿En qué punto te encuentras hoy?* Según lo que haya respondido se pregunta *¿Cómo pasaste del 3 al 4?* A continuación *¿Qué puedes hacer para pasar de 4 a, digamos, 5?*

Inter-sesión

Siguiendo la lógica descrita en las sesiones previas, se elabora un mensaje que enfatice los recursos, fortalezas, redes de apoyo de las que ha echado mano para lograr los cambios. De la misma forma que en la sesión anterior se elabora una actividad puntual para poner en marcha los recursos con que cuenta para continuar el cambio.

Post-sesión

Se sigue la misma lógica descrita en las sesiones previas.

Sesión 4. Prescripción de la recaída

Aplicación de LIBARE y ERPCA antes de iniciar de la sesión.

Pre-sesión

El terapeuta se prepara para dar continuidad a la sesión, recurriendo a las anotaciones hechas al final de la sesión anterior.

Siguiendo la lógica de las sesiones previas el terapeuta puede preguntar sobre los cambios ocurridos alrededor de la situación problemática, como antesala de la revisión de la tarea prescrita, por ejemplo: *¿Cómo van las cosas con... (nombre de la pareja)? La última vez que nos vimos estabas muy entusiasmado por cómo iban las cosas entre ustedes.*

Sesión

La revisión de la actividad se realiza retomando la actividad prescrita en la sesión previa: *La vez anterior hablamos sobre lo que podrías hacer para pasar del punto 4 a 4.5 en una escala de 1 a 10... cuéntame ¿qué cambios positivos surgieron de ello?* La entrevista se orienta a obtener descripciones sobre cómo se involucran las creencias, pensamientos y emociones del consultante: *En otras ocasiones enfrentar esa situación te habría llevado a emborracharte ¿Cómo lograste mantenerte sobrio... en qué pensaste cuando decidiste hacer (descripción de la solución eficaz empleada) me pregunto qué estabas sintiendo al momento de tomar esa decisión... bueno y quién fue la primera persona en notar que esto es diferente... quién más... qué otra cosa hiciste?*

Inter-sesión

El terapeuta emplea una prescripción paradójica como preparación para enfrentar dificultades futuras, el mensaje debe formularse de manera que la recaída aparezca como una parte natural del proceso de superación del problema, este puede formularse aproximadamente de la siguiente manera: *Debo decirte que me sorprende la manera en que se han producido los cambios, y cómo has podido alcanzar el 5 en la escala, haciendo... (descripción de las acciones, interacciones, pensamientos, etc., que el consultante haya mencionado); sin embargo, la experiencia me dice que en este tipo de situaciones es natural esperar que ocurra*

una recaída tarde o temprano, y me pregunto cómo harás frente a esa situación... de hecho podemos hacer una prueba antes de cumplir las cinco sesiones acordadas... A continuación, se prescribe la recaída: De aquí a la siguiente vez que nos veamos, intenta hacer las cosas que te colocarían en el punto 1 o 2 de la escala y deja que todo ocurran como antes, pero si no te sientes a gusto, ya sabes lo que tienes que hacer ¿De acuerdo?

Post-sesión

Se sigue la misma lógica descrita en las sesiones previas.

Sesión 5. Diseño del plan de futuro

Pre-sesión

El terapeuta se prepara para dar continuidad a la sesión, recurriendo a las anotaciones hechas al final de la sesión anterior.

Para abrir la sesión con el periodo de socialización, el terapeuta formula preguntas relacionadas con la vida cotidiana *¿Qué cosas positivas han pasado en esta última semana?* Con frecuencia, el consultante hará referencia al resultado de haber llevado a cabo o no la prescripción de la sesión anterior.

Sesión

La entrevista se centra en obtener una descripción puntual de la manera en que el consultante realizó o no la tarea prescrita, es decir, cuáles fueron los recursos empleados para mantenerse fuera del problema (acciones, interacciones con otros significativos, pensamientos, sentimientos, emociones y creencias), y de haber ocurrido la recaída, la revisión girará en torno al dominio sobre la secuencia sintomática tanto para que inicie como para que finalice, en este caso se contrasta el resultado de la recaída con los avances logrados hasta el momento dentro y fuera de la situación problemática, con el ánimo de encontrar nuevos recursos que pueda incorporar en el futuro para enfrentar la recaída.

La revisión debe comprender fundamentalmente la anticipación del contexto en que la recaída es más probable y una descripción detallada por parte del consultante, de cómo empleará una o más soluciones que en su experiencia han probado serle de utilidad, o favorecer el surgimiento de nuevas formas de enfrentarlo. La pregunta de escala se puede utilizar para comparar la funcionalidad de los recursos activados por el consultante, para lograr un acuerdo respecto de que las sesiones han dejado de ser necesarias, o que se necesita un espacio de tiempo para probar dichas soluciones.

Inter-sesión

El terapeuta hace un recuento de los cambios reconocidos por el consultante, los recursos y fortalezas que empleó, la red de apoyo con que cuenta, destacando que las sesiones son un elemento sumado a esa red de apoyo, a la que puede recurrir cuando lo necesite, en ese u otro mismo espacio disponible. El terapeuta enfatiza directa o indirectamente que el logro del cambio es resultado del trabajo competente del consultante, recurriendo a la definición del objetivo terapéutico definido inicialmente, y da por terminado el proceso.

Post-sesión

Se sigue la misma lógica descrita en las sesiones previas.

Una semana después de concluir el tratamiento se aplicará por tercera vez LIBARE y ERPCA.

En la figura 13 se muestra el flujograma de la etapa de inferencia, los recuadros de líneas punteadas representan la fase previa de exploración y los patrones emergentes de consumo de alcohol detectados en la institución. Las medidas aplicadas en el tamizaje informan sobre la pertenencia de los participantes a alguna de las clases con o sin consecuencias. Los recuadros en línea sólida representan el recorrido en la etapa de inferencia, el número de sesiones y las sesiones donde se aplicarán las medidas repetidas sobre uso de alcohol; con ello se logró el cribado de los participantes, la descripción del

contexto de interacción social-familiar y la contrastación de las medidas repetidas que evidencian el progreso obtenido mediante la intervención.