MANUAL DE INTERVENCIÓN BREVE BASADA EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

MODALIDAD ADULTOS UNIVERSITARIOS

IBE

Intervención Breve basada en Entrevista Motivacional
Modalidad Adultos Universitarios

MANUAL DE INTERVENCIÓN

BREVE BASADA EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA POBLACIÓN ADULTA

IBEM-U VIRTUAL

CORPORACIÓN NUEVOS RUMBOS

Corporación Nuevos Rumbos

Jenny Catalina Pinto

Jennifer Jane Toro

Juliana Mejía-Trujillo

Publicado por:

Corporación Nuevos Rumbos

Bogotá, Colombia

Primera edición: 2020

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 6
II. GENERALIDADES SOBRE EL ALCOHOL 7
PROCESAMIENTO DEL ETANOL 8
DAÑOS PROVOCADOS POR LA INGESTA DE ALCOHOL 10
REPERCUSIONES PSICOSOCIALES ASOCIADAS CON LA INGESTA DE ALCOHOL 11
III. ANTECEDENTES TEÓRICOS 17
LA INTERVENCIÓN BREVE (IB) 17
LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL 18
IV. PROGRAMA IBEM-U VIRTUAL 21
V. PRIMER ENCUENTRO 22
VI. SEGUNDO ENCUENTRO 26
RECOMENDACIONES GENERALES 29
VII. ANEXOS 30

NUEVOS RUMBOS

Es una entidad sin ánimo de lucro creada en el año 2002. La Corporación está dedicada a implementar estrategias preventivas y proyectos de investigación y evaluación en una serie de problemas socialmente relevantes, especialmente para los jóvenes.

Como centro de investigación, dirige sus esfuerzos al análisis de los aspectos relacionados con los problemas del consumo de drogas y alcohol, la violencia y la delincuencia juvenil, entre otros. Igualmente, lleva a cabo procesos de evaluación de programas preventivos y de tratamiento.

Como centro de prevención, trabaja fundamentalmente dentro de un esquema de salud pública y desarrollo social; crea y apoya coaliciones comunitarias que actúan sobre factores de riesgo y de protección prioritarios; y, desarrolla, adapta y evalúa programas preventivos con soporte empírico.

El Programa *Intervención Breve basada en Entrevista Motivacional – IBEM –* surgió como respuesta a la necesidad de desarrollar programas de prevención selectiva e indicada, dirigidos de manera personalizada a los jóvenes, y que demostraran buenos resultados. Por esta razón, dos integrantes del equipo de Nuevos Rumbos (Mayra Paredes y Francisco Cardozo) comenzaron en 2013 la construcción de este programa. Después, las autoras de este manual continuaron fortaleciendo las bases teóricas y metodológicas que soportan el programa. A partir de ahí y hasta la fecha, la Corporación ha desarrollado otras modalidades del programa, incluyendo *IBEM-U*.

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol en América Latina no es excesivamente alto: oscila entre 7 y 9 litros de alcohol puro per cápita aproximadamente, con grandes variaciones de un país a otro. Sin embargo, en la población universitaria dicho consumo sí es muy alto, alcanzando niveles que pueden conllevar serios riesgos psicosociales y de salud, y que se presentan especialmente en edades comprendidas entre los 18 y los 24 años (CICAD, 2019). Este problema adquiere especial relevancia por el hecho de que esta población parece particularmente refractaria a todas las intervenciones; pero, además, porque no es fácil determinar que en nuestro continente existan herramientas disponibles probadas y efectivas para hacerle frente a dicha situación.

Adicionalmente, los cambios de vida drásticos generados por la actual pandemia por Covid-19 podrían incrementar la ingesta de bebidas alcohólicas en los jóvenes. Lo anterior se debe, entre otras cosas, al aumento de estresores, cambios en la estructura familiar, problemas económicos, frustración por tener que modificar su plan de estudios e incluso debido a los nuevos mecanismos de virtualización que dificultan los procesos de aprendizaje. A esto se añade la prolongada suspensión de fiestas y reuniones de todo tipo, las restricciones en la venta de alcohol y los fuertes controles asociados al confinamiento.

II. GENERALIDADES SOBRE EL ALCOHOL

¿Qué son las bebidas alcohólicas? Son bebidas que producen embriaguez debido a la presencia de un compuesto químico llamado etanol (CH3-CH2-OH). El etanol se obtiene por medio de la fermentación, un proceso biológico que se da en ausencia de oxígeno cuando una serie de microorganismos (bacterias) procesan los hidratos de carbono de la glucosa o fructosa (Curtis & Schnek, 2008). De esta manera se produce la chicha, el guarapo, la cerveza, y el vino, entre otros. El etanol también puede obtenerse a través de la destilación, un proceso que busca separar líquidos mediante la combustión, generando productos de mayor pureza y concentración de alcohol (Curtis & Schnek, 2008). De esta manera se producen licores como whisky, brandy, vodka, etc. Los destilados contienen la mayor cantidad de concentración de etanol y también son conocidos como bebidas *espirituosas*, debido a que se consideraba que contenían y preservaban el espíritu de la sustancia destilada (Garrido & Matute, 2013)

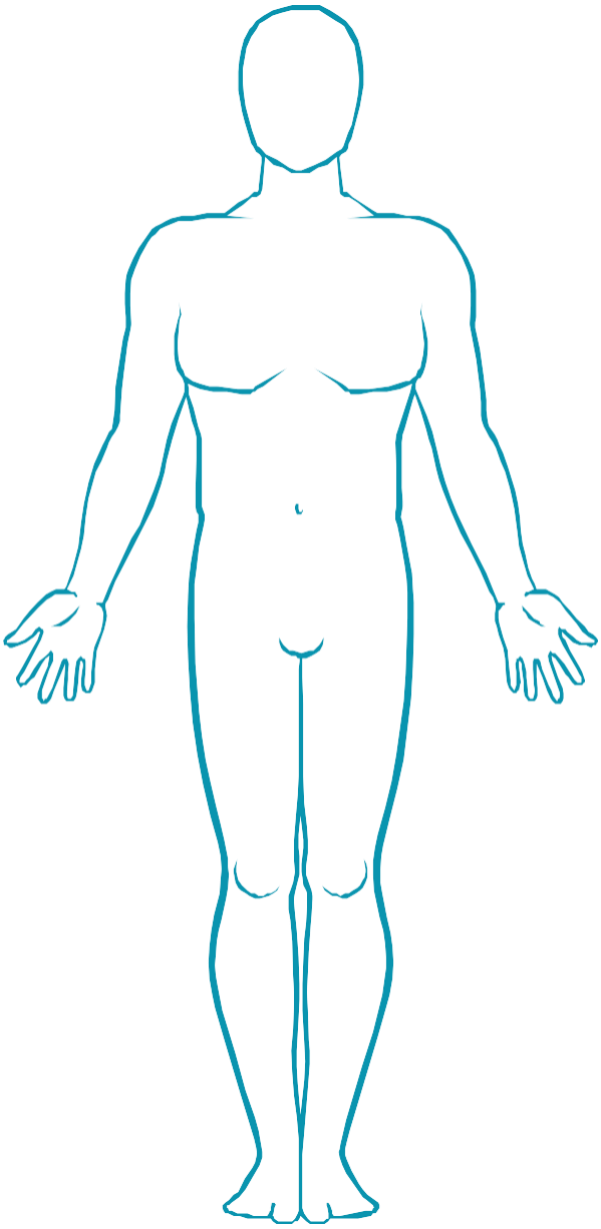
La resistencia social a considerar el alcohol como una sustancia peligrosa puede deberse a razones de tipo cultural ya que, desde el punto de vista social, generalmente se aprueba el consumo incluso a edades tempranas. El consumo es validado bajo varios argumentos: en primer lugar, se dice que se trata de una práctica "normal de la juventud"; en segundo lugar, que es legal; en tercer lugar, que en cantidades razonables no es dañino. De esta manera, es frecuente que se propicien espacios o celebraciones en los que niños, jóvenes y adultos interactúan mientras beben licor, tanto en pequeñas como en grandes cantidades (Pérez-Gómez, & Mejía-Trujillo, 2019). No obstante, el alcohol está catalogado como sustancia psicoactiva debido a que puede generar dependencia, tolerancia y/ síndrome de abstinencia (Cedeño-Zambrano, Vásquez-Jaramillo, & Roca-Lino, 2016).

El consumo excesivo de alcohol está relacionado con las mismas razones que llevan al consumo de otros psicoactivos: búsqueda de placer, presión de grupo, curiosidad, problemas familiares, aburrimiento, idea de festejo, falta de normas claras en la familia, problemas personales, entre otras. Otros factores que pueden influir son: sentimientos de inferioridad, baja resistencia a la frustración y a la tensión provocada por la vida cotidiana, conflictos más o menos permanentes que no se resuelven, tendencia a huir en vez de enfrentar las dificultades y condiciones facilitadoras del ambiente (Pérez-Gómez, & Mejía-Trujillo, 2019). No obstante, a diferencia de otras sustancias, el consumo de alcohol sólo es sancionado socialmente cuando sobrepasa ciertos límites.

PROCESAMIENTO DEL ETANOL

Al momento de ingerir bebidas embriagantes, en el cuerpo ocurren varios procesos que contribuyen a su metabolización. El primero de ellos es la *activación de la enzima alcohol deshidrogenasa*, más conocida como ADH. Cuando el etanol entra en contacto con la mucosa gástrica es retenido en el estómago y se activa la producción de la ADH, lo que limita su paso al torrente sanguíneo. Cabe resaltar que la ADH muestra menor actividad cuando se está en estado de ayuno, de ahí que con el estómago vacío se experimenten con mayor rapidez los efectos embriagantes (Repetto, 1995).

El siguiente paso es la *absorción gastrointestinal*, un proceso que inicia tras la ingestión del licor y que toma entre 2 a 6 horas, pero que puede variar de acuerdo con varios factores como el volumen del contenido estomacal. Este proceso de absorción se distribuye por zonas; de esta manera en el estómago se lleva a cabo el 20%, en la primera porción del intestino delgado un 70% y el 10% restante en el colon (Téllez & Cote 2006).



El tercer paso lo constituye la *biotransformación*, en este el hígado juega un papel crucial puesto que es el encargado de degradar el 90% del etanol absorbido con una velocidad aproximada de 10 ml/hora; para esto usa tres vías: 1) Enzima alcohol deshidrogenasa, 2) sistema microsomal de oxidación (MEOS) y 3) Catalasas; mediante estas vías se lleva a cabo un proceso químico en cascada en el que las enzimas oxidan el etanol a acetaldehído, este a su vez se oxida a ácido acético y nuevamente mediante oxidación se convierte en dióxido de carbono y agua (Curtis & Schnek, 2008). En el proceso de oxidación el alcohol es metabolizado, se fusiona con el oxígeno y se descompone mediante la transformación de sus elementos básicos en forma de dióxido de carbono y agua (Cedeño-Zambrano, Vásquez-Jaramillo, & Roca-Lino, 2016).

De esta manera, la transformación química lleva al último paso, la *eliminación.* Como la mayor parte del etanol absorbido se oxida, el proceso de eliminación se da a nivel pulmonar entre un 50% a 60%. Entre el

25% al 30% mediante circulación entero hepática; es decir a través de un proceso en el que las sales biliares que se forman en el hígado pasan al intestino contribuyendo a la digestión de lípidos, y pasando a la mucosa intestinal para retornar al hígado y de este modo ser secretados por la bilis. Un 5% a 7% a nivel renal; y el restante, que es un porcentaje mínimo, se elimina a través de sudor, lágrimas, jugo gástrico, saliva y leche materna (Téllez & Cote 2006).

Existen algunas diferencias entre hombres y mujeres con respecto a este proceso, en parte debido a que las mujeres producen menor cantidad de la enzima alcohol deshidrogenasa; pero también asociadas a la contextura corporal relacionada con el tamaño de los órganos, incluyendo el hígado, y a la concentración y distribución de agua y de grasa en el cuerpo.

EFECTOS EMBRIAGANTES DE LA BEBIDA

Se ha comprobado que el etanol atraviesa fácilmente la membrana de la célula, alterándola en su totalidad y distribuyéndose rápidamente a través de los tejidos y órganos, lo que afecta algunas proteínas receptoras e incide negativamente en los procesos de neurotransmisión. Este proceso provoca efectos como la desinhibición, somnolencia y sedación (Fernández, Rodríguez, & Villa, 2011)

Además, hay que tener en cuenta que los efectos embriagantes están ligados a la cantidad de licor ingerido: a mayor ingesta más afectación de las funciones cerebrales. Lo anterior se debe a que el alcohol altera la acción de los neurotransmisores y modifica su estructura y función; esto se relaciona con una disminución de la alerta, retardo en los reflejos, cambios en la visión, pérdida de coordinación muscular, temblores o alucinaciones en algunos casos y cambios súbitos de humor que tienen un impacto directo sobre las emociones.

El alcohol también provoca alteraciones en los procesos de pensamiento y del juicio, disminución del autocontrol, afectación de la memoria y del control motor, que a menudo puede evidenciarse en dificultad para articular las palabras o comunicarse de forma apropiada, y pérdida del equilibrio. Estos efectos en particular ponen al individuo en alto riesgo de sufrir un accidente o verse involucrado en episodios de violencia, situaciones que pueden poner en peligro su integridad física y su vida.

Además, vale la pena mencionar que a diferencia de lo que ocurre con otros psicoactivos, los efectos nocivos que el licor provoca en la salud suelen tomar varios años en presentarse; es por eso que comúnmente no es considerado como una sustancia riesgosa. No obstante, se ha comprobado que las consecuencias provocadas por el abuso de licor suelen ser muy variadas y conllevan efectos negativos en órganos y sistemas de manera progresiva e irreversible.

DAÑOS PROVOCADOS POR LA INGESTA DE ALCOHOL

Cerebro y sistema nervioso

El consumo de alcohol puede comprometer varias áreas y funciones del cerebro. Esta es quizás una de las consecuencias más graves que trae su consumo, pues hace que el desempeño a nivel intelectual no sea el más adecuado. Algunos estudios han comprobado, que ciertas regiones del cerebro como la corteza prefrontal (encargada de la toma de decisiones, planeación, raciocinio, solución de problemas y control de impulsos se muestran fuertemente afectados con el consumo frecuente de alcohol, especialmente cuando este se da durante la niñez y la adolescencia (Cristóvão-Calado, Broche-Pérez, & Rodríguez-Méndez, 2015). Lo anterior se debe a que el cerebro sólo alcanza su máximo desarrollo alrededor de los 21 años, así que beber alcohol antes de esa edad afecta el progreso madurativo, lo que trae como consecuencia dificultades a nivel cognoscitivo (Fein, & cols. 2013; Ferrel, Ferrel, Alarcón, & Delgado, 2016).

No obstante, el alcohol no solamente afecta al cerebro en sus fases de desarrollo, su consumo continuo también puede producir trastornos del sueño, pérdida progresiva de la memoria y afectación en la toma de decisiones y juicios (Cristóvão-Calado, Broche-Pérez, & Rodríguez-Méndez, 2015); además el consumo extremo puede llevar a una intoxicación alcohólica aguda, que se relaciona con una depresión progresiva del nivel de consciencia que puede conllevar a la muerte (Cedeño-Zambrano, Vásquez-Jaramillo, & Roca-Lino, 2016).

Sistema cardiovascular

Es conocido que las bebidas embriagantes aumentan la actividad cardíaca y en dosis elevadas conllevan al aumento de la presión sanguínea (hipertensión); así como arritmias suelen ser más riesgosas en pacientes alcohólicos crónicos con cardiopatías preexistentes que atraviesan periodos de abstinencia, debido a que la ansiedad provocada por el síndrome de abstinencia aumenta el ritmo cardiaco (Gual, Anderson & Colon, 2008; Shield, Popova & Rehm, 2015). Además el consumo de alcohol se asocia con hipertensión, isquemia y accidentes cerebrovasculares (Cedeño-Zambrano, Vásquez-Jaramillo, & Roca-Lino, 2016).

Aparato digestivo

El hígado, considerado como la glándula más grande del cuerpo y encargada permanentemente de la producción de enzimas relacionadas con la digestión cumple un papel crucial en los procesos de biotransformación y metabolización de las moléculas de etanol (Curtis & Schnek, 2008). El consumo de alcohol causa daños en la estructura de las células hepáticas que generan tejido cicatricial que acarrea la pérdida de volumen del órgano en sí, y por ende una menor productividad que a su vez se refleja en menos capacidad para metabolizar el etanol (Parés & Caballería, 2006).

En el embarazo y el feto

El abuso del alcohol durante el embarazo se relaciona con el desarrollo del Síndrome Alcohólico Fetal, este provoca retardo del crecimiento, alteración de rasgos cráneo-faciales, malformaciones cardíacas, hepáticas, renales y oculares; así como un gran daño en el sistema nervioso central del feto, que genera serias dificultades cognitivas (Aros, 2008).

Otros

El exceso de alcohol provoca aumento de peso ya que contiene abundantes calorías (7 kcal por gramo de alcohol) con escaso valor nutritivo, a la vez que inhibe la absorción de algunas vitaminas y minerales (Cedeño-Zambrano, Vásquez-Jaramillo, & Roca-Lino, 2016).

Por otro lado, cuando en las familias se cuenta con algún padre con problemas de consumo de alcohol, esto se reconoce cómo un factor de riesgo ya que se complementa con vulnerabilidades psicológicas y/o la imitación, donde los jóvenes aprenden a relacionarse con la sustancia y a generar posiblemente una percepción de riesgos menor en comparación con los jóvenes de familias que no tienen historia de consumo.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES ASOCIADAS CON LA INGESTA DE ALCOHOL

Además de las consecuencias a nivel fisiológico, el consumo de alcohol también tiene repercusiones a nivel psicológico y social. Las consecuencias psicosociales tienen efecto sobre el bienestar global de la persona y de quienes lo rodean. Es importante señalar que existe un mayor número de estudios sobre los efectos a nivel psicológico que a nivel social. Esto se debe a que los estudios no tienden a evaluar los costos indirectos e intangibles del consumo de alcohol; por esta razón, o a nivel social aún los estudios no son suficientes para establecer correlaciones directas. Sin embargo, son evidentes las afectaciones sociales que emergen en los contextos donde hay uso de esta sustancia.

De acuerdo a los estudios, la población que se ve más afectada por el consumo de sustancias psicoactivas — y especialmente por el alcohol — es la que comprende las edades entre los 15 a los 35 años aproximadamente. Esto es relevante ya que significa que el consumo de estas sustancias tiene impacto sobre los años de vida más productivos de las personas (Ministerio de Salud de Colombia y Colciencias, 2015). Además, autores como Salcedo, Palacios y Espinosa (2011) indican que en estas edades las personas tienden

a tener una menor capacidad para consumir de manera moderada y desarrollar un criterio que les permita enfrentarse a la presión por parte de sus pares y de sí mismos; a, lo que conlleva a consumos problemáticos con grandes consecuencias negativas a nivel físico y emocional.

La magnitud de los problemas que se derivan del consumo dependen del tipo de sustancia, la frecuencia y la cantidad. No obstante, generalmente se pueden identificar problemas en las relaciones interpersonales, con la ley, accidentes, algunos daños asociados al consumo excesivo de alcohol, delincuencia, violencia, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planificados y suicidio (Gómez y Gómez, 2001 citados por Salcedo, Palacios y Espinosa 2011; Castaño, García, Luna, Moran, Ocampo y Ortiz, 2016). A continuación, se enuncian las consecuencias psicosociales más relevantes frente al consumo excesivo y abusivo del alcohol.

Problemas de consumo

La OMS ha establecido que el consumo de alcohol es el responsable de cerca de 3,3 millones de muertes al año. Adicionalmente, produce altos impactos en la vida de las personas al generar discapacidad, enfermedades y consecuencias en el funcionamiento de dominios (individual, familiar, económico y social). Según el Estudio de Salud Mental de Colombia del 2015, el uso crónico de alcohol tiene una alta asociación con la prevalencia de enfermedades mentales y enfermedades orgánicas, así como con la disminución de la adherencia a tratamientos de otras patologías. De acuerdo con Cáceres, Salazar, Valera y Tovar (2006), los universitarios que consumen alcohol presentan cambios en su estado de ánimo, refieren conflictos y rupturas de relaciones con personas significativas y suelen sentirse mal consigo mismos.

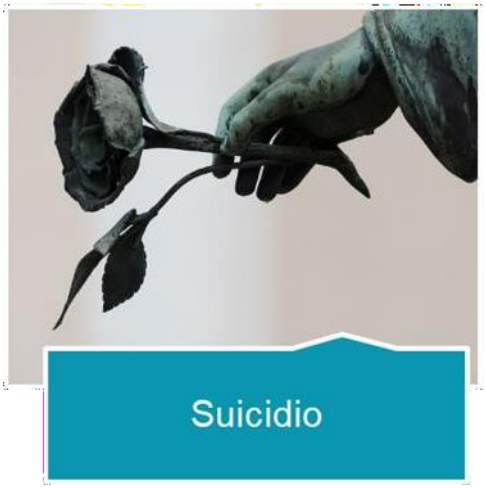
El desarrollo de un consumo problemático es una de las primeras conductas de riesgo que pueden presentar las personas que usan el alcohol. Según la OMS, el consumo problemático es *"un patrón de consumo que aumenta las posibilidades de que la persona tenga consecuencias adversas. Una persona puede beber y no tener problemas, pero si consume a ciertos niveles puede aumentar el riesgo a futuro, ya sea de enfermedades agudas o crónicas."* De acuerdo al último estudio de las Américas *(2019)* entre el 6,5% al 28,6% de la población en los países de las Américas presentó un consumo problemático en el último año *(OEA y CICAD, 2019)*

El consumo abusivo de alcohol se constituye como un comportamiento problemático con incidencia en la salud mental; según el DSM-IV cumple con los siguientes criterios:

- Uso recurrente de la sustancia, con el consiguiente fracaso en obligaciones laborales, escolares o domésticas.
- Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso.
- Problemas legales recurrentes como consecuencia del uso de sustancias.
- Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales, provocados o exacerbados por la sustancia.

La dependencia al alcohol hace referencia a un patrón de consumo desadaptativo, en el que se hacen evidentes síntomas negativos a nivel conductual y fisiológico. En este patrón de consumo, la persona pierde el control sobre su consumo y lo sigue haciendo aún ante la experimentación de consecuencias nocivas para su bienestar global. Teniendo en cuenta lo anterior, la dependencia se reconoce como un generador de comportamientos problemáticos. Según el DSM-IV los criterios asociados a un síndrome de dependencia al alcohol son:

- Tolerancia
- Síndrome de Abstinencia
- El alcohol es tomado con frecuencia y en cantidades mayores o durante un periodo más largo del que inicialmente se pretendía.
- Esfuerzo sin éxito por disminuir o controlar el uso
- Empleo de grandes cantidades de tiempo para conseguir la sustancia o recuperación de sus efectos
- Disminución de las actividades sociales importantes, profesionales o recreativas
- Continuar con el uso de la sustancia a pesar de tener conciencia del problema



Finalmente, se ha evidenciado que tanto para menores de edad como para población adulta — y especialmente la universitaria — el alcohol sigue siendo la puerta de entrada para consumir otras sustancias psicoactivas legales o ilegales, incrementando los riesgos y los daños derivados de estos otros consumos (Pérez et al., 2014).

Suicidio

Existen estudios que han mostrado la relación directa del consumo de alcohol con intentos y casos de suicidio. Los patrones de consumo compulsivo tienden a tener una relación lineal con esta conducta ya que, a mayor frecuencia de intoxicación con la sustancia mayor riesgo de conducta suicida. No obstante, es importante señalar que los consumos moderados también requieren atención debido a la posibilidad de progresar a consumos impulsivos o compulsivos. Además, la preexistencia de comorbilidades de salud mental aumenta la vulnerabilidad a cometer estos actos si presentan excesos en

el consumo de alcohol. (Babor et al., 2010). Por ejemplo, según Restrepo et al. (2018) tener estrés académico unido a depresión y consumo de alcohol, aumentan considerablemente el riesgo de generar conductas suicidas

En los estudios de Presley et al. (1998) citado por White y Hingson (2013), cerca del 1.5% de los estudiantes universitarios refieren intentar suicidarse en el último año como consecuencia de presentar varias dificultades personales y además consumir alcohol. Esto concuerda con el último Estudio de Salud Mental en Colombia 2015 donde alrededor del 80% de los suicidios se atribuyen a enfermedad mental o consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Problemas en las relaciones interpersonales

Los problemas en las relaciones interpersonales ponen de manifiesto que los efectos nocivos del alcohol no solo recaen sobre la salud del consumidor, sino que tienen un alcance en las relaciones con otros y generan consecuencias para las personas que conforman sus círculos cercanos de apoyo. Estas consecuencias se asocian con rupturas en las relaciones, violencia, perdida de redes de apoyo y en algunos casos codependencia por parte de un familiar cercano (Babor et al., 2010).

Sexualidad irresponsable y abuso sexual

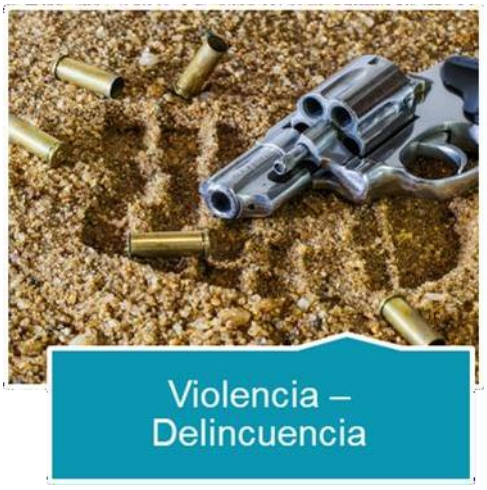
Se ha encontrado que a menudo las personas usan el licor como un medio para facilitar la práctica de las relaciones sexuales. No obstante, debido a la desinhibición que genera la sustancia, pueden percibir menor los riesgos y tomar decisiones problemáticas como el no uso de protección sexual (Rodríguez et al., 2016)

Por otro lado, White y Hingson (2013) señalan que en EEUU cerca de 97.000 estudiantes universitarios en edades entre los 18 a 24 años, podrían ser víctimas de una agresión sexual relacionada con el consumo de alcohol por estar muy intoxicados para poder rechazarla o defenderse (Hingson et al., 2009). Asimismo, señalan que se estima que cuatrocientos mil estudiantes, en ese mismo rango de edad, podrían tener sexo no seguro (sin protección) (White y Hingson, 2013)

Bajo rendimiento académico y laboral

Castaño, García, Luna, Moran, Ocampo y Ortiz (2016) refieren que el consumo y abuso de las sustancias psicoactivas tiene un impacto sobre el rendimiento académico de los estudiantes universitarios; lo que se ve representado en inasistencias, deserción y falta de compromiso con los estudios de formación superior. Especialmente con el consumo de alcohol, se ha evidenciado cómo se comprometen varias áreas del cerebro, lo que afecta sus funciones y tiene un impacto sobre el aprendizaje, el razonamiento, la planeación, la solución de problemas la memoria a largo plazo y el control de impulsos (Pérez, Mejía, Reyes y Cardozo,2015).Estas afectaciones son aún más grave cuando se consume antes de los 21 años, edad en la que el cerebro se acerca a su máximo desarrollo y el consumo de sustancias psicoactivas afecta el proceso madurativo normal (White &Swartzweider, 2006).

En el área laboral, el consumo excesivo de alcohol influye en el ausentismo —que va desde retardos a abandono anticipado del trabajo—, perdida de la productividad, suspensiones disciplinarias, bajo compromiso con la institución, malas relaciones con los compañeros de trabajo, robos y delitos (Ministerio de Salud de Colombia y Colciencias,2015; Babor et al., 2010). Además, existen riesgos laborales como accidentes que se producen por estar bajo los efectos del alcohol y que pueden tener distintos niveles de consecuencia, que incluyen en su punto máximo la muerte de sí mismos u otras personas. (Babor et al., 2010)



Violencia y delincuencia

Es importante decir que se deben tener en consideración la existencia de características individuales y ambientales que contribuyen al desencadenamiento de conductas de violencia y delincuencia. Sin embargo, el uso de alcohol —y especialmente un consumo abusivo o excesivo— ha demostrado tener relación con la participación en incidentes violentos, ya sea como generadores de violencia o como víctimas de esta (Babor et al., 2010). El alcohol tiene una estrecha relación con el abuso infantil, el abandono, la violencia doméstica, el maltrato a la pareja, la delincuencia y las conductas delictivas (OEA y CICAD, 2019; Amor et al., 2012)

Es importante aclarar que no toda persona que consume alcohol será violenta o, al contrario, que toda persona violenta lo sea por estar bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, sí se registran datos donde la

ocurrencia de las dos conductas (consumo y violencia) se presentan en por lo menos el 50% de los casos (Pastor et al., 2011). Por esta razón, la OMS propone como una medida preventiva frente a la violencia la prevención del consumo de bebidas con alcohol.

De acuerdo a perfiles comunitarios, los países con un aumento en el alcohol per cápita muestran un aumento en los índices de violencia y homicidios. Así mismo, las culturas que presentan altos índices de violencia y delincuencia tienden a identificar como característica de la población el consumo abusivo de alcohol. (Babor et al., 2010). Específicamente en población universitaria con edades entre los 18 a los 24 años, White y Hingson (2013) refieren que cerca de 646,000 estudiantes son agredidos cada año por otro estudiante que ha estado bajo los efectos del alcohol.

Accidentes automovilísticos

El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central que interfiere con las capacidades cognitivas necesarias para ejecutar la tarea de conducir ya que afecta el juicio y tiende a deteriorar las habilidades motoras (Babor et al., 2010). De acuerdo a la OPS y OMS, no solamente el consumo en grandes cantidades de alcohol se relaciona con estos accidentes, sino que los consumos en cantidades relativamente pequeñas también generan alteraciones en funciones básicas como la visión, reflejos, capacidad de reacción y discernimiento. Estas alteraciones se asocian a comportamientos riesgosos en las vías como incumplimiento de señales de tránsito, exceso de velocidad y poco interés en acatar las normas de seguridad como el uso del cinturón.

De acuerdo a la revisión documental en el estudio de Casanova et al., (2001), los grupos de edad más afectados por accidentes automovilísticos, estando bajo los efectos del alcohol, son de personas entre los 18 a los 25 años. Es importante notar que el 35% de los accidentes considerados fatales se deben a altos grados de alcohol en la sangre. Adicionalmente, la OPS y OMS reiteran que las consecuencias de conducir bajo los efectos del alcohol no son solo para el conductor, sino también para los pasajeros y los usuarios de las vías. Del mismo modo, una persona intoxicada por la sustancia que es peatón puede poner en riesgo a otros conductores cuando se desplazan en vías públicas.

LA INTERVENCIÓN BREVE (IB)

Ha demostrado ser efectiva y está siendo cada vez más valiosa en el manejo de individuos con un consumo riesgoso y perjudicial de alcohol. De este modo, permite llenar los vacíos existentes a nivel de prevención primaria y tratamiento s intensivo para las personas con trastornos por consumo grave de alcohol. Con esto en mente, proporciona un valioso marco de trabajo para facilitar la derivación a tratamiento especializado de los casos graves de dependencia de alcohol (Babor y Higgings-Biddle, 2001).

La intervención breve es de corta duración, práctica, sencilla y puede ser implementada por todos los integrantes de un equipo psicosocial o de salud. Asimismo, busca identificar un problema con el consumo de una sustancia, ya sea presente o latente, y motivar al individuo para que cambie su comportamiento. Usualmente se implementa en *contextos de oportunidad*, es decir, en aquellos espacios en los que los consultantes no están buscando ayuda frente al consumo; por ejemplo, la consulta con el médico general o el entorno escolar son contextos propicios para realizar prevención del consumo de alcohol a través de la IB (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

En un primer momento, se realiza el screening o tamizaje para identificar el nivel de riesgo del consultante (generalmente mediante la aplicación de instrumentos estandarizados y validados como el AUDIT para adultos y el CRAFFT/CARLOS para adolescentes), seguido de una intervención que se ajusta a las necesidades de cada persona según el nivel de riesgo encontrado. Babor & Higgins-Biddle (2001) plantean que la intervención puede hacerse mediante consejo simple o terapia breve, de acuerdo a los niveles de riesgo.

El consejo simple se desarrolla utilizando una guía para abordar el consumo de bajo riesgo en la que el facilitador da retroalimentación, brinda información, facilita que se establezca un objetivo, aconseja que no se superen ciertos límites en el consumo de alcohol y alienta a la persona a llevar a cabo el cambio. La terapia breve utiliza los mismos elementos básicos del consejo simple, pero al tener un objetivo más extenso, requiere de más contenido y más tiempo. Es muy común que los facilitadores que realizan estos procedimientos tengan también una formación en entrevista motivacional.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Tiene su origen en el enfoque humanista de Carl Rogers. Es una herramienta que ha mostrado ser útil para facilitar cambios a nivel personal frente al consumo de alcohol. Además, la entrevista motivacional provee un marco conceptual para la intervención breve: primero, porque respalda las acciones que se planteen en este espacio; y segundo, porque es una herramienta valiosa para el entrenamiento de los facilitadores. Esto último se debe a que aporta elementos técnicos, fortalece teóricamente la comprensión de la problemática, y brinda claridad acerca de la importancia del rol que juega el entrevistador, desde una postura que promueve una atmósfera segura en la que el consultante pueda examinarse, conocerse a sí mismo y cambiar (Rosengren, 2017).

Dentro de esta aproximación, la motivación no se considera como un constructo dicotómico —que está presente o no lo está—; por el contrario, se entiende que fluctúa y las personas se mueven en un continuo entre estos dos extremos. De esta manera, la motivación se concibe como un estado de disposición para el cambio y la falta de motivación no se interpreta como un problema de la personalidad o un rasgo inmodificable, sino como un estado interno de la persona que responde a las influencias externas. Esto implica que se puede intervenir y propiciar el cambio al aumentar la motivación de las personas (Miller y Rollnick, 2002).

Miller & Rollnick (2002) definen la entrevista motivacional como un método directivo centrado en el cliente, que busca incrementar la motivación intrínseca para el cambio al explorar y resolver la ambivalencia. Específicamente, se usan estrategias más persuasivas que coercitivas y más de apoyo que de discusión; estas estrategias resultan útiles para personas que son resistentes al cambio. La entrevista motivacional cuenta con dos aspectos fundamentales: 1) El espíritu, y 2) Los principios En la figura 1 pueden observarse los componentes del espíritu (Miller y Rollnick, 1999), y en la figura 2 los cinco pilares que conforman sus principios (Lizarraga, & Ayarra, 2001).

Figura 1. Espíritu de la Entrevista Motivacional

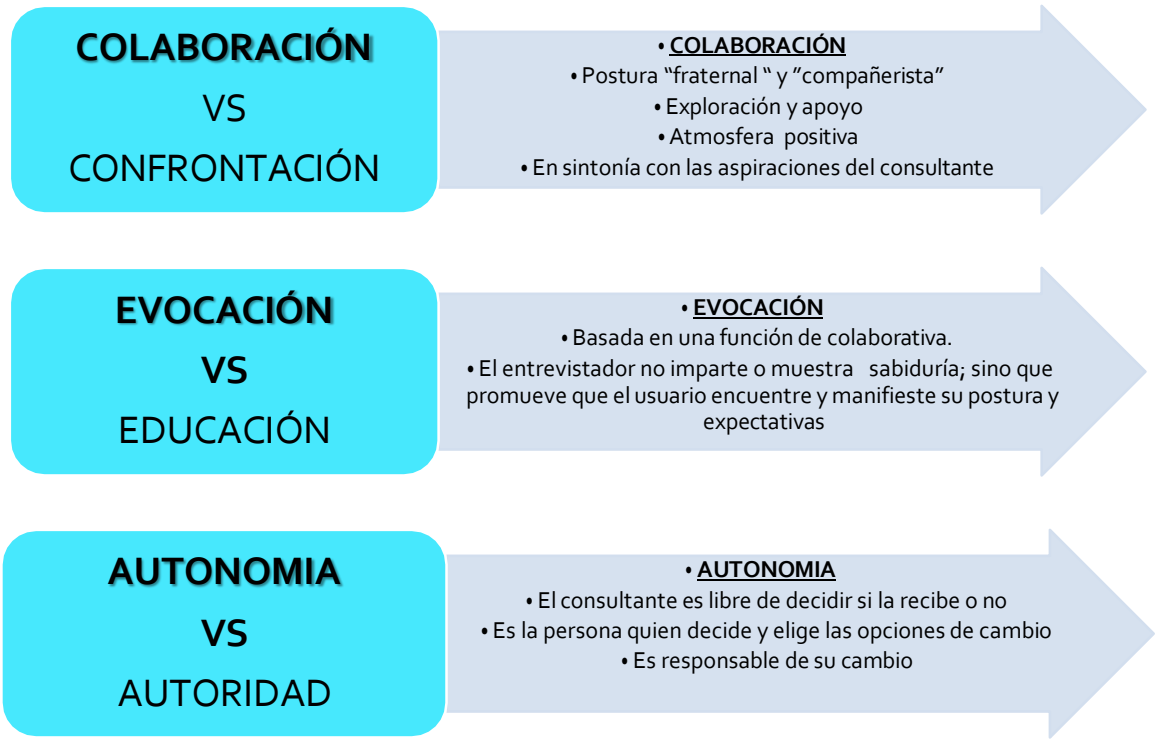


Figura 2. Principios de la Entrevista Motivacional

Resolver indecisión y discrepancia	Evitar la discusión	Fluir con la resistencia	Dar soporte para la autoeficacia	Expresar Empatía
✓ Ambivalencia al cambio ✓ Despertar conciencia frente a las consecuencias (futuro) ✓ Discrepancia entre la situación hoy y a futuro	✓ Persuasión ✓ Evitar provocar resistencia ✓ No diagnosticar ni estigmatizar	✓ No debatir, confrontar ni regañar ✓ No imponer puntos de vista	✓ Fomentar la autoconfianza (superar obstáculos y tener éxito en el cambio)	✓ Lenguaje cálido ✓ Aceptar lo que se dice no necesariamente es estar de acuerdo ✓ Demostrar que se entiende ✓ Escucha activa ✓ Reflejos/para-fraseo

Este tipo de intervenciones se constituyen de forma implicita desde el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Diclemente (Prochaska, Redding, & Evers, 2015). Este modelo contiene 6 etapas del proceso de cambio: 1) Pre – contemplación, 2) Contemplación, 3) Preparación, 4) Acción, 5) Mantenimiento, y 6) Recaída. A continuación se describe brevemente cada una (en la figura 3 puede observarse una imagen representativa de estas etapas)

1. Pre – contemplación: El individuo no considera aún la posibilidad de un cambio. Es probable que no considere la situación como problemática, o no tan problemática como otros creen.
2. Contemplación: En esta etapa el individuo considera el problema y la posibilidad de cambio pero se encuentra ambivalente —está abierto a recibir información y a hacer un balance pero está esperando una "razón" para decidirse por fin—. Aún no se encuentra comprometida con el cambio ya que es consciente de los aspectos negativos pero subestima los positivos.
3. Preparación: El individuo está listo y comprometido para actuar.
4. Acción: El individuo pone en marcha acciones específicas para realizar el cambio.
5. Mantenimiento: El individuo trata de mantener el cambio y evitar la recaída. En ese punto se encuentra activo implementando las estrategias de cambio y el plan de acción.
6. Recaída: Es posible que se presente tanto en la fase de acción como de mantenimiento. Para el individuo constituye una urgencia o tentación que le hace fallar o tratar de probarse; no obstante, lo ideal es que pueda emplear esta etapa como un nuevo comienzo.

Figura 3. Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Diclemente

IV. PROGRAMA IBEM-U VIRTUAL

El programa IBEM-U está basado en una versión del programa preventivo IBEM®. IBEM fue diseñado para ser utilizado en estudiantes de secundaria, y ha sido implementado e desde el año 2013en Colombia, Brasil y México (Corporación Nuevos Rumbos, 2019). La IBEM® está fundamentada en una función colaborativa en la que todo proceso de cambio frente al consumo se da bajo los parámetros establecidos por el participante; es decir, que va de la mano con sus aspiraciones y recursos personales. Adicionalmente, se constituye como un enfoque que promueve la empatía, la evocación y el fortalecimiento de la autonomía, brinda soporte para la autoeficacia y, fluye con la resistencia al cambio (Miller & Rollnick, 2002; Miller & Rollnick, 2013).

El programa IBEM-U plantea como objetivo general promover el consumo responsable de alcohol en la población mayor de edad. Con esto en mente, propone tres objetivos específicos: 1) Identificar patrones de consumo; 2) Fomentar la búsqueda de estrategias de afrontamiento, diferentes al consumo de alcohol; y 3) Promover la disminución de consumo de alcohol en aquellos que tienen un consumo problemático o abuso de la sustancia.

IBEM-U brinda atención a estudiantes universitarios adultos, que deseen hacer uso de una plataforma en la que se le da atención personalizada con respecto a su consumo actual de bebidas alcohólicas. Esta modalidad del programa hace usos de recursos tecnológicos virtuales para su ejecución. Cabe añadir que el programa implica un riguroso proceso de implementación y de recolección de información, tanto con fines preventivos como investigativos. De esta manera, todos los datos suministrados son protegidos de acuerdo con los lineamientos éticos de protección y bajo el manejo de la confidencialidad y el secreto profesional. Asimismo, es importante mencionar que la propuesta es ejecutada por un grupo de profesionales —en psicología y trabajo social— pertenecientes al equipo de trabajo de la Corporación Nuevos Rumbos. Los profesionales cuentan con una amplia trayectoria en la implementación de este tipo de proyectos preventivos.

A continuación, se describe de forma breve cada uno de los pasos que conforman los dos encuentros del programa IBEM-U.

V. PRIMER ENCUENTRO

Cabe mencionar que en los dos encuentros se van a seguir los lineamientos de Intervención Breve (IB) y Entrevista Motivacional (EM). El procedimiento en general se va a efectuar mediante videollamada a través de Zoom u otra plataforma; y el diligenciamiento de la información se hará a través de la plataforma específica para tal fin: http://nuevosrumbos.org/ibem-u .Una vez allí tendrás ingres con el código de facilitador asignado y una clave específica. A continuación se enlistan los pasos que conforman este primer encuentro y se mencionan especificaciones de procedimiento para cada una junto con algunas recomendaciones:

1. Presentación inicial y contextualización
2. Identificación del nivel de riesgo
3. Evocación
4. Escalas de importancia – seguridad y motivación al cambio
5. Establecimiento de metas y estrategias
6. Resumen y despedida.
7. Evaluación

PASO 1. Presentación inicial y contextualización

Una vez te encuentres con el usuario en la video-llamada,inicia con una breve presentación en la que incluyas tu nombre, profesión y vinculación institucional. Realiza una breve introducción al programa, recuerda mencionar que el objetivo general es promover el consumo responsable de alcohol en la población mayor de edad. A continuación, enfatiza en que la participación es voluntaria, y aclara todo lo referente al manejo de la confidencialidad para dar paso al consentimiento; este acceso así como el resto del procedimiento se dará mediante el envío de un link específico que la plataforma genera por cada estudiante y que se le entregará por el chat de la video-llamada. Cuando el usuario recibe el link aparecerá el consentimiento informado de forma detallada; recuerda dar respuesta a todas las inquietudes que se presenten. Al final de este consentimiento el usuario debe llenar su nombre y desplegar la opción “acepto” o “no acepto” participar.

Si el usuario no marca la opción “no acepto” automáticamente aparecerá en su pantalla y en la tuya un aviso de agradecimiento por su interés, reitera esto y finaliza el encuentro; por el contrario, si indica la opción “acepto”, aparecerán en la pantalla del usuario una serie de campos que recogen información sobre los datos demográficos correspondientes a: fecha, nombre completo, carrera, semestre, edad, fecha de nacimiento, sexo, semestre, carrera que cursa, y si adelanta estudios de pregrado o posgrado. Estos datos

serán llenados por el estudiante; cuando termine en tu pantalla aparecerá toda esta información con la opción de verificar y modificar algún dato en caso de ser necesario; allí también puede preciarse el código aleatorio consecutivo que el sistema le asigna automáticamente al estudiante (Conformado por siglas de la institución educativa, fecha y número asignado al estudiante). Corrobora la información y recuérdale al usuario que al final del encuentro se solicitará su correo electrónico y número de celular para hacer el envío de un par de mensajes recordatorios del proceso.

PASO 2. Identificación del nivel de riesgo

A continuación, aplica el instrumento de tamizaje para adultos AUDIT diseñado para entrevista (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Este insumo brinda los parámetros para determinar el nivel de riesgo de desarrollar un consumo problemático de alcohol para cada participante. Efectúa cada una de las preguntas que allí aparecen y marca las opciones que más se aproximen a las respuestas del usuario, pero sin leer las opciones que allí aparecen, si tienes dudas puedes hacer preguntas adicionales para clarificar sus respuestas. Adicionalmente indaga respecto al consumo en los últimos 30 días: tipo de bebida, unidades totales y cantidad de episodios de abuso de alcohol.

Al culminar el sistema arrojará automáticamente el nivel de riesgo (Bajo, Medio, Alto o Severo) y tanto en tu pantalla como en la del usuario aparecerá la pirámide en qué punto se encuentra junto con el puntaje total obtenido y resaltado en el mismo color del nivel de riesgo. Recuerda indicarle al participante las razones por las que está ubicado allí. A continuación, se ilustra la totalidad de los ítems del instrumento AUDIT:

Ítems	**Sistema de puntuación**				
	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces por semana	4 o más veces por semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar toma en un día típico en el que está bebiendo?	1-2	3-4	5-6	7-9	10+
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos estándar en una ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
4. ¿Con qué frecuencia en el último año se ha dado cuenta de que no era capaz de dejar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente

5. ¿Con qué frecuencia en el último año ha fallado en hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
6. ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado una bebida alcohólica en la mañana para ponerse en marcha?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
7. ¿Con qué frecuencia en el último año ha tenido un sentimiento de culpa o arrepentimiento después de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
8. ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de recordar lo que sucedió cuando bebió la noche anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
9. ¿Ha sufrido usted u otra persona alguna lesión como resultado de su consumo de alcohol?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año
10. ¿Un pariente/amigo/doctor/ trabajador de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha aconsejado que lo reduzca?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año

Recuerda que en el caso de que el participante sea clasificado en riesgo Severo, se recomienda que sólo hasta llegar al final del encuentro se ofrezca la opción de hacer una solicitud formal ante Decanatura de Estudiantes con el fin de recibir acompañamiento adicional. Esto para evitar que se disperse y así dar continuidad al encuentro.

PASO 3. Evocación

Indaga acerca de la información con la que cuenta el participante, independientemente de que sea o no consumidor, acerca de la ingesta de alcohol: mitos, actitudes, prácticas, experiencias u otras percepciones, positivas o negativas. A continuación, con base en la información suministrada, muestra las láminas 2A y 2B, en las que se ilustran los daños biológicos y riesgos psicosociales asociados a la ingesta de licor (estas aparecerán tanto en tu pantalla como en la del usuario), brinda una breve información acerca de estos temas; y de ser necesario realiza las aclaraciones pertinentes sobre algunos mitos relacionados con actitudes y creencias asociadas al alcohol con la intención de promover la reflexión. En la plataforma encontrarás el espacio para registrar la información proporcionada por el usuario.

PASO 4. Escalas de importancia – seguridad y motivación al cambio

La plataforma te permitirá mostrar al usuario la lámina 3A, en la que se encuentra la escala de importancia y la de seguridad. Ten en cuenta que estas escalas permiten al participante autoevaluar qué tan preparado se siente para realizar un cambio frente a su consumo de alcohol, o para mantenerse sin consumir en dado caso. Recuerda mencionar las indicaciones para cada una. Explica que la escala de importancia oscila entre 1 (nada importante) y 10 (muy importante); con esto en mente, si ha ingerido licor en los últimos 12 meses pregunta: *¿qué tan importante es hacer un cambio en el consumo?,* y si no ha consumido: *¿qué tan importante es mantenerte sin consumir?* Pídele que seleccione desde su equipo la cifra que considere pertinente e indaga el porqué de la escogencia de esta cifra. Esta información es un insumo importante para identificar las motivaciones al cambio.

A continuación, explica la escala de seguridad que también oscila entre 1 (nada seguro) y 10 (muy seguro); con esto en mente, pregunta al que ha consumido: *¿qué tan seguro te sientes de hacer un cambio?,* y si no ha consumido: *¿qué tan seguro te sientes de no consumir?* Al igual que antes, insta al participante a que seleccione una cifra y a marcarla en la escala, y nuevamente indaga acerca del porqué de la escogencia de esta cifra. Esta información es un insumo importante para identificar las motivaciones al cambio.

Ahora, en caso de que con las preguntas anteriores no se hayan identificado las motivaciones, efectúa la siguiente pregunta de acuerdo al caso: *¿cuáles serían las motivaciones para realizar un cambio sobre el consumo de alcohol? o ¿cuáles serían* las *motivaciones para mantenerse sin consumir?* A partir de esto, debes proporcionar información específica acerca de cómo el alcohol puede afectar dichas motivaciones, para esto puedes consignar información en la plataforma sobre sus motivadores y proyectar en la pantalla del usario nuevamente las láminas 2A y 2B. Es posible que el participante identifique que este momento es una oportunidad para expresar como sus motivaciones se relacionan con la pandemia por COVID-19, y en esa medida requerirá un abordaje sin caer en manejos terapéuticos de corte clínico.

PASO 5. Establecimiento de metas y estrategias

Durante esta parte del encuentro se busca delimitar un plan de acción específico para facilitar que el usuario pueda realizar el cambio que desea frente a su consumo de alcohol. Para esto, es importante promover que el participante haga uso de sus recursos personales y expectativas. Como se ha llevado a cabo durante todo el encuentro, en la plataforma encontrarás los espacios para registrar la información concerniente a la(s) meta(s) y estrategias. En este punto específico el sistema de forma automática va a proyectar en la pantalla del usuario lo que estás escribiendo para que pueda corroborar que se hace lo más parecido a como lo expresa.

PASO 6. Resumen y despedida

Realiza 3 preguntas adicionales y recopila la información en la plataforma: 1) *¿Qué obstáculos pueden presentarse para cumplir la meta?*; 2) *¿qué estrategias propones para enfrentar los obstáculos?*; y 3) *¿qué ventajas crees que obtienes al mantenerse lejos del consumo?* Aquí nuevamente el sistema le muestra tu pantalla al usuario para que observe lo que escribes. Finaliza el encuentro elaborando un breve resumen en el que destaques la información más relevante. Por último, establece una fecha tentativa para el siguiente encuentro, teniendo en cuenta que se hará en tres meses. En la plataforma aparecen los espacios correspondientes para solicitar los datos de contacto (correo electrónico y número de celular) para hacer el envío del mensaje recordatorio del plan de acción, así como el de la fecha exacta de la segunda sesión. Recuerda que si la persona se encuentra en nivel de riesgo Severo, es necesario plantear alternativas de atención adicional, a modo de sugerencia, con la instancia pertinente para tal fin.

PASO 7. Evaluación

El último paso dentro de la plataforma es una corta encuesta de satisfacción que es totalmente anónima y que aparece en la pantalla del usuario. Puedes abandonar la sesión y atender al siguiente usuario sin que se altere el llenado de esta encuesta.

VI. SEGUNDO ENCUENTRO

Durante este encuentro se abordan los siguientes pasos:

1. Presentación y contextualización
2. Resumen y cumplimiento de la meta
3. Definición del nivel de riesgo
4. Exploración de autoeficacia
5. Cierre
6. Evaluación

PASO 1. Presentación y contextualización

Realiza una breve introducción al encuentro incluyendo un saludo corto, una breve presentación que incluya tu nombre, profesión, vinculación institucional y el objetivo del encuentro, que al igual que el anterior es promover el consumo responsable de alcohol en la población mayor de edad.

PASO 2. Resumen y cumplimiento de la meta

Lleva a cabo un resumen rápido con el fin de recordar el nivel de riesgo, los puntajes de las escalas de importancia y seguridad, la meta y las estrategias. Ahora utiliza la lámina 3B y explica los criterios que permiten al participante realizar un balance frente al cumplimiento de su meta mediante una escala de 1 a 10 — en la que 1 representa "muy lejos" y 10 "muy cerca"—. A continuación, pregunta: ¿qué tan cerca estuviste de cumplir tu meta en estos 3 meses? A través de la plataforma registra la respuesta proporcionada.

PASO 3. Definición del nivel de riesgo

Emplea nuevamente el instrumento AUDIT adaptando las preguntas a los últimos 3 meses, Registra las respuestas del participante en la plataforma al finalizar el sistema arrojará el nivel de riesgo del participante: Bajo, Medio, Alto o Severo. A continuación, aparece la adaptación de los ítems del instrumento AUDIT:

Ítems	**Sistema de puntuación**				
	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces por semana	4 o más veces por semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar toma en un día típico en el que está bebiendo?	1-2	3-4	5-6	7-9	10+
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos estándar en una ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
4. ¿Con qué frecuencia en los últimos tres meses se ha dado cuenta de que no era capaz de dejar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
5. ¿Con qué frecuencia en los últimos tres meses ha fallado en hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
6. ¿Con qué frecuencia en los últimos tres meses ha necesitado una bebida alcohólica en la mañana para ponerse en marcha?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
7. ¿Con qué frecuencia en los últimos tres meses ha tenido un sentimiento de culpa o arrepentimiento después de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
8. ¿Con qué frecuencia en los últimos tres meses no ha sido capaz de recordar lo que sucedió cuando bebió la noche anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diariamente o casi diariamente
9. ¿Ha sufrido usted u otra persona alguna lesión como resultado de su consumo de alcohol?	No		Sí, pero no en los		Sí, durante los últimos 3 meses

			últimos 3 meses		
10. ¿Un pariente/amigo/doctor/ trabajador de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha aconsejado que lo reduzca?	No		Sí, pero no en los últimos 3 meses		Sí, durante los últimos 3 meses

Adicionalmente indaga respecto al consumo en los últimos 30 días: tipo de bebida, unidades totales y cantidad de episodios de abuso de alcohol. De acuerdo con el resultado arrojado por la plataforma, comunícale al participante su nivel de riesgo y las razones por las que está ubicado allí. Ten en cuenta que esta información te permitirá indicarle si su nivel de riesgo aumentó, disminuyó o se mantuvo en relación al primer encuentro. Para esto emplea la lámina 1A.

PASO 4. Exploración de autoeficacia

Es indispensable recordarle al usuario que su nivel de riesgo está asociado directamente a la cantidad de alcohol y a la frecuencia en la que ha consumido. Para explorar la autoeficacia el sistema le proporcionará las preguntas que debe efectuar teniendo en cuenta el cambio o no del nivel de riesgo.

En caso de que disminuya su nivel de riesgo o se mantenga en moderado o bajo, pregunta al participante: ¿qué te permitió hacer un cambio o mantenerte en tú nivel de riesgo? A continuación, siguiendo la misma línea, pregunta: ¿qué necesitas para mantener el cambio respecto a tu nivel de riesgo?

En el caso que aumente el nivel de riesgo o se mantenga nivel de riesgo alto o severo, preguntar: ¿qué consideras que está asociado a tú aumento o mantenimiento de tu nivel de riesgo? A continuación, siguiendo la misma línea, pregunta: o ¿Qué necesitas para persistir en la búsqueda de un cambio en tú nivel de riesgo?

Es importante tener en cuenta que el consumo puede estar directamente relacionado con los cambios de vida generados por la pandemia. Por esta razón, recuerda brindar una retroalimentación al respecto que pueda promover la búsqueda de estrategias de manejo y que contemple la posibilidad de proponer algunas alternativas que favorezcan el bienestar emocional en los casos que lo ameriten.

PASO 5. Cierre

Elabora un resumen con la información más relevante de todo el proceso. Invita al participante a continuar autoevaluando su consumo de alcohol teniendo en cuenta los efectos y riesgos que trae el abuso de esta sustancia, usa como apoyo la lámina 4A. Además, deja abierta la opción de acceder a otros recursos y servicios que brinda la Corporación, como la línea de escucha para bienestar emocional y para violencia

intrafamiliar. Finalmente, ten presente que, si la persona se encuentra en nivel de riesgo Severo, es necesario plantear alternativas de atención adicional a modo de sugerencia y con la instancia pertinente para tal fin.

PASO 6. Evaluación

Tal como en el encuentro anterior solicita al participante su apoyo para llenar una corta encuesta de satisfacción que es totalmente anónima.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Realiza permanentemente refuerzos verbales realzando los aspectos positivos de cambio o de no consumo.
- Brinda el apoyo necesario a cada participante para que su meta sea establecida de la forma más clara y concreta posible; esto incluye la definición de frecuencias y cantidades.
- Siempre proporciona información real sobre los riesgos del consumo. Nunca debes hablar de temas que no manejas o peor aún inventar datos simplemente para demostrar experticia.
- Nunca hables de otras sustancias psicoactivas a menos que el participante las menciona o desea despejar dudas al respecto.
- No olvides que el programa no busca convencer a las personas de no consumir bebidas alcohólicas, sino promover un consumo responsable.
- Rueda con la resistencia manteniendo una postura empática. Esto es importante porque facilita romper las barreras del participante, especialmente con aquellos poco colaboradores o desafiantes. Así mismo ten presente que tu posición como facilitador es brindar orientación y apoyo, pero el usuario es el único responsable de su proceso de cambio.
- Si un participante quiere desviar la intervención indagando frente al consumo del facilitador es indispensable centrarlo. Para esto puedes especificar que el espacio es para conversar acerca de su experiencia personal y conocimiento sobre el tema.
- Promueve que en cada encuentro se desarrolle una conversación fluida. Evita que se convierta en un espacio en el que hablas y el participante únicamente escucha o, peor aún, que el participante sienta que estás recolectando una serie de información para llenar una encuesta.
- Nunca olvides que por más habilidades que poseas para la terapia clínica no debes intentar hacer un abordaje desde esta perspectiva. Este programa es netamente preventivo y no de carácter psicoterapéutico.

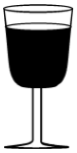
VII. ANEXOS

Anexo 1. Equivalencias de bebidas alcohólicas

La Unidad de bebida estándar (UBE) es equivalente a 12 - 14 gramos (g) de alcohol puro. Para sacar las siguientes equivalencias se tomaron los porcentajes más comunes de alcohol para cada tipo de bebida; sin embargo, es importante mencionar que algunas bebidas pueden tener porcentajes más altos de acuerdo a la marca y producción.

La ecuación para calcular las equivalencias fue:

$$g = \frac{\%\ \text{Volúmenes de alcohol} \times \text{Contenido del producto en mililitros} \times 0{,}8\ (\text{Densidad de alcohol})}{100}$$

1 Trago estándar	**30ml** Copa de destilados (40%) e.g. Ron, Whisky	**30ml** Copa de Aguardiente (32%)	**30ml** Copa de destilados (40%) e.g. Ron, Whisky	**125ml** Copa de vino (12%) 	**330 ml** Lata de cerveza (4.7%)	**250ml** Botella de cerveza (5.2%)
2 Tragos estándar	**60ml** Vaso de destilados (40%) e.g. Ron, Whisky	**60ml** Copa de Aguardiente (32%)	Trago mixto con 60 ml de destilados (40%) e.g. Ron, Whisky	Coctel		

Anexo 2. Mitos y realidades sobre el consumo de bebidas alcohólicas

MITO	REALIDAD
La cerveza es una bebida "suave". Beber cerveza no genera adicción	No. Algunas personas tienen consumo problemático de alcohol con el consumo exclusivo de cerveza.
El consumo excesivo del alcohol solamente afecta a la persona que bebe	No. El consumo problemático de alcohol afecta a la persona en todos sus niveles y regularmente con mayor impacto a los más cercanos
Tomar alcohol ayuda a manejar la depresión.	No. La ingesta excesiva de alcohol puede empeorar las condiciones existentes como la depresión.
El consumo de alcohol tiene relación con el suicidio.	Sí. La probabilidad de suicidio se duplica en la persona que consumen alcohol.
Si bebo alcohol sólo los fines de semana, aunque sea mucho, nunca llegaré a tener problemas complicados con la bebida.	No. Las personas que beben alcohol en grandes cantidades pueden tener los mismos o mayores problemas que los que beben a diario a pesar de que lo hagan sólo en determinados días.
El consumo de alcohol es bueno para la digestión	No. El consumo de alcohol, tanto agudo como crónico, puede producir gastritis. El dolor de estómago y las náuseas o vómitos son síntomas bien conocidos de la intoxicación alcohólica y de la resaca. Además, el consumo crónico y excesivo de alcohol puede determinar daño del tubo digestivo (Sociedad española de medicina interna, 2017)
El consumo de alcohol aumenta el rendimiento intelectual, deportivo, laboral, creativo y escolar	No. Se tiene la creencia de que el alcohol puede producir cierta sensación de bienestar y tranquilidad que mejora el rendimiento. Sin embargo, lo que produce a medio-largo plazo es un deterioro de las funciones intelectuales que en la fase de dependencia, podrían conducir a determinados síntomas de abstinencia, similares a los que aparecen con el consumo de otras drogas (Sociedad española de medicina interna, 2017).
El alcohol es bueno para disminuir el frío	No. El alcohol induce la perdida de calor por vasodilatación cutánea de forma que es cierto que se "siente" más calor, pero es porque se está perdiendo por la piel. De hecho, un riesgo importante en un paciente intoxicado por alcohol que duerme en la calle es morir de frío (hipotermia). (Sociedad española de medicina interna, 2017).
No pasa nada por tomar una copa de alcohol durante el embarazo	No. El alcohol puede producir malformaciones y daño en el bebé desde cantidades muy pequeñas, de manera que no se recomienda tomar ninguna cantidad de alcohol durante el embarazo (Sociedad española de medicina interna, 2017).
Tomar cerveza es bueno para la lactancia	No. aunque algunos componentes de la cerveza pueden estimular ligeramente la producción de leche, el alcohol por sí mismo inhibe directamente la secreción láctea. En todo caso, durante la lactancia no se recomienda el consumo de alcohol dado que pasa al bebé a través de la leche (Sociedad española de medicina interna, 2017).

Tomado: Guía Bienestar Futuro y otras fuentes

REFERENCIAS

Aros, S. (2008). Exposición fetal a alcohol. *Revista chilena de pediatría*, *79*, 46-50.

Amor, P. J., Bohórquez, I. A., Corral, P. y Oria, J. C. (2012). Variables psicosociales y riesgo de violencia grave en parejas con abuso de sustancias tóxicas y maltrato previo [Psychosocial variables and risk of severe violence in couples with substance abuse and previous maltreatment]. Acción Psicológica, 9(1), 3-18 doi: http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.204

Babor,T., Caetano,R., Casswell,S., Edwards,G.,Giesbrecht,N.,Graham,K.,Grube,J., Hill,I., Holder,H., Homel,R., Livingston,M., Osterberg,E., Rehm, J., Room,R y Rossow,I.(2010) *El alcohol: un product de consume no ordinario. Organización Panamericana de la Salud*, segunda edición, ISBN: 978-92-75-33144-6

Babor, T. & Higgins-Biddle J. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

Cáceres, D, Salazar,I,Valera M y Tovar,J(2006)- Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 521-534, octubre-diciembre de 2006

Casanova, Leticia; Borges, Guilherme; Mondragón, Liliana; Medina, Ma. Elena; Cherpitel, Cheryl(2001) El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales Salud Mental, vol. 24, núm. 5, octubre, 2001, pp. 3-11

Cedeño-Zambrano J. E., Vásquez-Jaramillo, P. A., & Roca-Lino V. E. (2016). Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol. Dominio de las Ciencias, 2(4), 17-27.

Cristóvão-Calado, J. M., Broche-Pérez, Y., & Rodríguez-Méndez, L. (2015). Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central. *Arch Neurocien (Mex)*, *20*(1), 79-85.

Curtis, H., & Schnek, A. (2008). *Invitación a la biología*. Ed. Médica Panamericana.Repetto, M. (1995) *Toxicología avanzada*, 425-455.

Corporación Nuevos Rumbos (2011). *Programa de intervención breve entrevista motivacional (IBEM) para adolescentes en el medio escolar colombiano*. [Documento no publicado]. Bogotá. Corporación Nuevos Rumbos.

Fein, G., Greenstein, D., Cardenas, V, Cuzen, N, Fouche, J., Ferrett, H., & Stein, D (2013). Cortical and subcortical volumes in adolescents with alcohol dependence but without substance or psychiatric comorbidities. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 214* (1), 1-8.

Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A., & Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia: Avances de la Disciplina, 10* (2), 43-54. doi: http://dx.doi.org/10.21500/19002386.2552.

Fernández, G. G., Rodríguez, O. G., & Villa, R. S. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. Papeles del Psicólogo, 2, 159-65.

Fornazzari, L, Pollanen,M, Myers,V, Wolf,A (2003) Solvent abuse-related toluene leukoencephalopathy. Journal of Clinical Forensic Medicine (2003) 10, 93–95 doi:10.1016/S1353-1131(03)00035-X

Garrido, A. A. G., & Matute, E. (2013). Cerebro y drogas. Editorial El Manual Moderno.

Gual, A., Anderson, P., & Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clinicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. OPS.

Hingson, R.; zha, W.; anD 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 (suppl. 16):12–20.

Jarosz, P., Farta, E., Bowen, S., Jen, C., Cusana, D, (2008). Effects of abuse pattern of gestational toluene exposure on metabolism, feeding and body composition. Psyscology & Behavior 93 (2008) 984-993 doi:10.1016/j.physbeh.2007.12.016

Lizarraga, S. D., & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 24, pp. 43-53).

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Miller, W. y Rollnick, S., (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change.* New York: Editorial The Guilford Press.

Ministerio de Educación Nacional., Ministerio de Justicia y del Derecho y Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas en escolares. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf

Ministerio de Salud de Colombia y Colciencias (2015). Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Organización de los Estados Americanos (OEA) y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Aamericas. http://www.cicad.oas.org/oid/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (S.F). Beber y Conducir. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hojas-informativas-5231&alias=41188-hoja-informativa-beber-conducir-188&Itemid=270&lang=es#:~:text=Para%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,los%20conductores%20j%C3%B3venes%20o%20inexpertos.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 125-148.

Pérez, A. (2000). *El Libro de las Drogas Manual para la Familia.* Presidencia de la República de Colombia. Programa Rumbos: Bogotá.

Pérez, A. (2003). *Tentaciones.* Corporación Nuevos Rumbos: Bogotá.

Pérez, A. (2013). *El alcohol.* Corporación Nuevos Rumbos: Bogotá.

Pérez, A. (2013). *Heroína, marihuana, cocaína y otras sustancias psicoactivas.* Corporación Nuevos Rumbos: Bogotá.

Pérez-Gómez, A., & Scoppetta Díaz-Granados, O. (2011). El CRAFFT/CARLOS como Instrumento para la Identificación Temprana de Consumo de Alcohol y Otras SPA: una Adaptación al Español. *Revista Colombiana de Psicología, 20,* (2), 265-274.

Pérez-Gómez, A., & Mejía-Trujillo, J. (2019). El Libro de las Drogas al Alcance de Todos. (En edición) Bogotá. Corporación Nuevos Rumbos.

Parés, A., & Caballería, J. (2006). Alcohol y aparato digestivo. Adicciones, 18 (supl 1), 51.

Pastor, Francisco Pascual; Reig Ruano, Manuel; Fontoba Ferrándiz, Julio; García del Castillo-López, Alvaro (2011). Alcohol y Drogas. Salud y drogas, vol. 11, núm. 1, 2011, pp. 71-94

Shield, K.D., Popova, S. & Rehm, J. (2015). The Burden of Disease and Injury Caused by Alcohol. Reference Module in Biomedical Sciences.

Téllez, J., & Cote, M. (2006). Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina*, *54*(1), 32-47.

Restrepo, J., Sánchez, O., Vallejo. G., Quirama, T., Sánchez, Y., y Cardona- P (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos Health and Addictions 2018 ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X Vol. 18, No.2, 227 -239

Rodriguez, L., Doallo, S., Salvadores,P., Monserrat,C., Cdaveira, F y Camaño, F (2016). Heavy episodic drinking, cannabis use and unsafe sex among university students Volume 30, Issue 6, November–December 2016, Pages 438-443 https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.007

Rosengren, D. B. (2017). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. Guilford Publications.

White A & Hingson R. (2013) The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students. Alcohol Res. 2013;35 (2):201-218.