

***TERAPIAS MOTIVACIONALES BREVES: DIFERENCIAS ENTRE LA APLICACIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL PARA LA MODERACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CAMBIO***

LUIS FLÓREZ ALARCÓN\*  
CARLOS ANDRÉS GANTIVA DÍAZ\*\*  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA  
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES Y VIOLENCIA (CEIAV)

*Recibido, octubre 8/2008*

*Concepto evaluación, octubre 26/2008*

*Aceptado, marzo 28/2009*

**Resumen**

Se realizó un estudio de corte empírico-analítico, siguiendo un diseño cuasi experimental, con el fin de someter a prueba y evaluar el impacto de un programa motivacional de terapia breve para el control del consumo de alcohol en bebedores perjudiciales. La variable independiente fue el programa de intervención, estructurado con base en principios de entrevista motivacional y de autocontrol cognitivo. La variable dependiente estuvo constituida por indicadores de consumo (intensidad, frecuencia y riesgo), la etapa motivacional ante el cambio, el estado de los procesos de cambio y las expectativas acerca del consumo. La medición de todas las variables se realizó en tres momentos a través del uso de instrumentos previamente validados: a) preintervención, b) al finalizar la intervención y c) cinco semanas después de terminar el tratamiento. Participaron 180 estudiantes universitarios previamente detectados como bebedores perjudiciales, quienes fueron asignados al azar a uno de tres grupos: a) terapia motivacional individual, b) terapia motivacional grupal y c) ausencia de terapia. Se observó que ambas terapias motivacionales (individual y grupal) condujeron a una disminución significativa en los indicadores de consumo y a una mejoría en el uso de los procesos de cambio responsables del mismo. Sin embargo, la intervención grupal condujo a un impacto superior al de la intervención individual en aspectos como: a) frecuencia de consumo, b) autoeficacia ante situaciones de alto riesgo de consumo, c) percepción de vulnerabilidad y daño y d) uso de procesos conductuales asociados al cambio y al mantenimiento del mismo.

*Palabras clave:* Abuso de alcohol, prevención indicada, modelo transteórico, terapia breve, intervención motivacional.

***BRIEF MOTIVATIONAL THERAPY: DIFFERENCES BETWEEN INDIVIDUAL AND GROUP APPLICATION FOR THE MODERATION IN ALCOHOL CONSUMPTION AND OTHER PSYCHOLOGICAL VARIABLES ASSOCIATED WITH CHANGE***

**Abstract**

An empirical-analytic study was carried out using a quasi-experimental design with the aim of testing and assessing the impact of a brief intervention motivational program for the control of alcohol consumption in problem drinkers. The independent variable in this study was the intervention program, as structured upon the principles of motivational interviewing and cognitive self-control. Indicators of consumption (intensity, frequency, and risk) were the dependent variable, as were the motivational stage towards change, the state of change processes, and the expectations on consumption. Measurement of all variables was carried out with the use of previously validated instruments in three moments: a) pre-intervention; b) end of intervention and; c) five weeks after treatment. 180 college students, previously detected as heavy drinkers were randomly assigned to one of three groups: (a) Individual motivational interviewing, (b) Group motivational interviewing, and (c) no intervention. Both of the motivational interventions (individual and group) led to a significant decrease in indicators of consumption and to an improvement in the use of those change processes responsible for it. Nevertheless, group intervention led to a more significant

---

\* Director del Centro de Estudios e Investigaciones en Adicciones y Violencia (CEIAV). [luis@florez.info](mailto:luis@florez.info)

\*\* Docente investigador CEIAV. [cgantiva@gmail.com](mailto:cgantiva@gmail.com); [cgantiva@ucatolica.edu.co](mailto:cgantiva@ucatolica.edu.co)

impact than individual intervention in aspects such as: (a) consumption frequency and intensity; (b) self-efficacy in situations of a high consumption risk; (c) perception of vulnerability and damage; and (d) use of behavioral processes associated with change and its maintenance.

*Key words:* Alcohol abuse, indicated prevention, trans-theoretical model, brief therapy, motivational interviewing.

## **TERAPIAS DE MOTIVAÇÃO BREVES: DIFERENCIAS ENTRE A APLICAÇÃO INDIVIDUAL E GRUPAL PARA A MODERAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS ASSOCIADAS À MUDANÇA**

### Resumo

A fim de provar e avaliar o impacto de um programa motivacional de terapia breve para controlar o consumo de álcool em bebedores prejudiciais levou-se a cabo um estudo empírico-analítico com desenho quase experimental. O programa de intervenção constituiu a variável independente, baseado em princípios de entrevista motivacional e de autocontrole cognitivo. A variável dependente foram os indicadores de consumo (intensidade, frequência e risco), etapa motivacional ante a mudança, estado dos processos da mudança e expectativas acerca do consumo. As variáveis foram medidas em três momentos com instrumentos validados previamente: 1. pré-intervenção, 2. ao finalizar a intervenção e 3. cinco semanas depois de acabado o tratamento. No estudo participaram 180 estudantes universitários detectados previamente como bebedores prejudiciais, designados aleatoriamente a uno de três grupos: 1. terapia motivacional individual, 2. terapia motivacional grupal e 3. ausência de terapia. Ambas as terapias motivacionais (individual e grupal) levaram à redução importante dos indicadores de consumo e a melhorar o uso dos processos de mudança responsáveis do consumo. No entanto, a intervenção grupal conduziu a um impacto maior do que a intervenção individual em aspetos como frequência de consumo, auto-eficácia em situações de alto risco de consumo, percepção de vulnerabilidade e dano, e uso de processos comportamentais associados à mudança e à conservação desta.

*Palavras-chave:* abuso de álcool, prevenção indicada, modelo trans-teórico, terapia breve, intervenção motivacional.

---

### INTRODUCCIÓN

Las terapias breves surgieron como un medio de dar respuesta a las altas demandas de servicios psicológicos clínicos, en especial con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial. La idea central de una terapia breve es la de focalizarse sobre algún asunto que sea crucial para el avance o la modificación del comportamiento, mediante una aproximación de “solución rápida de problemas”. El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2006) de los Estados Unidos caracteriza esta aproximación como una estrategia focalizada en lograr que el sujeto ponga sus recursos y fortalezas al servicio de la solución del problema que lo ha conducido a consultar, en un lapso de tiempo relativamente corto. Algunas de las características de las metas por las que se propende en este enfoque, según NIDA, son:

1. Centralización en el logro de metas relevantes para el paciente y establecidas por él mismo, más que en metas propuestas desde el enfoque terapéutico.

2. Duración corta de la intervención.

3. Descripción de metas en términos conductuales concretos y específicos.

4. Descripción de metas en términos situacionales y contextuales, en lugar de términos psicológicos globales.

5. Descripción de metas en términos interaccionales e interpersonales, más que en términos individuales e intrapsíquicos.

6. Descripción de metas que se proponen como el inicio de algo, más que como la culminación de algo.

7. Descripción de metas como la presencia de algo, más que como la ausencia de algo.

8. Postulación de metas realistas, susceptibles de logro en el contexto vital del paciente.

La finalidad de la terapia breve es proporcionarle la máxima ayuda al consultante para que logre descifrar algunas raíces causales de su conducta y poner rápidamente en acción algún proceso que toque el epicentro de dicha raíz. Eso demanda una alta participación del consultante a través del involucramiento en procedimientos de auto observación que le permitan establecer con objetividad cuáles son esas raíces causales. Por eso no se puede concebir

la terapia breve si no hay un compromiso total del paciente con el cambio, emanado de una comprensión global de su situación como una situación problema, cuya solución depende en esencia de él mismo.

La terapia breve no es recomendada para todo tipo de consumidores de alcohol; investigaciones desarrolladas por Rodríguez-Martos (1994), Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998), Mark Sobell (2001), Linda Sobell (2001), Gantiva, Gómez y Flórez (2003) y Gantiva y Flórez (2006a), concluyen que la terapia breve es un método efectivo en el tratamiento para bebedores problema o perjudiciales de alcohol, sólo cuando no presentan una dependencia severa al mismo. Sin embargo, éste es el grupo más importante dentro del espectro de bebedores que inicia en los “bebedores sociales” y culmina en los “alcohólicos” o dependientes del alcohol, los cuales experimentan síndrome de abstinencia (conjunto de síntomas negativos físicos y psicológicos por la ausencia de consumo) y tolerancia (necesidad de consumir mayores dosis de la sustancia para conseguir el mismo efecto). Los consumidores perjudiciales son los causantes de la mayor morbilidad y mortalidad por las consecuencias asociadas a su conducta (agresión, accidentalidad, ausentismo y morbilidad), y es para esta franja, precisamente, para la que los anteriores autores proponen el uso de procedimientos breves.

Dentro de los diversos enfoques que se dan al interior de la terapia breve, para esta investigación se ha seleccionado una intervención de corte motivacional, centrada en el aumento de la disponibilidad al cambio del paciente (Ayala, 2001). Fue seleccionada por su perfecta compatibilidad con la esencia motivacional y el aprendizaje social como bases conceptuales de la adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol, así como por la existencia de evidencias empíricas suficientes acerca de su eficacia en el tratamiento de problemas de consumo perjudicial de sustancias (Dunn, DeRoo & Rivara, 2001; Burke, Arkowitz & Menchola, 2003). Como técnica central de este enfoque se encuentra la entrevista motivacional (EM) (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1999); sin embargo, entrevista motivacional y terapia breve son dos conceptos diferentes, pues la primera es una técnica incorporada a la segunda.

La EM propone como objetivo fundamental ayudar a los pacientes a adquirir un compromiso y elevar el deseo de cambiar. Se trata de un estilo de entrevista directiva, centrada en el consultante, cuyo propósito fundamental es ayudar a que el cliente resuelva la *ambivalencia* que resulta de las contradicciones entre su deseo de cambiar (evitación del riesgo) y su atracción por la conducta de riesgo, resultante de un sobreaprendizaje del comportamiento (en este caso el consumo de alcohol) (Miller, Zweb-

ben, DiClemente & Rychtarik, 1992). Se basa en algunos principios dentro de los que se destacan, según Rollnick y Miller (1995), los siguientes:

1. La motivación para el cambio surge de la persona misma; no puede imponerse desde fuera.
2. Es tarea del cliente, no del terapeuta, resolver su ambivalencia
3. La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.
4. El estilo de consejería debe ser moderado y tendiente a elicitar la motivación, más que confrontativo o argumentativo.
5. El terapeuta dirige al cliente en búsqueda de la solución de la ambivalencia frente al cambio, más que en búsqueda de adquisición de habilidades particulares de solución de problemas.
6. La disponibilidad al cambio no es un rasgo de personalidad, sino un producto que surge en la interacción entre el consultante y el terapeuta.
7. La relación terapéutica debe ser de colaboración, más que de interacción entre un experto (terapeuta) / y un receptor (consultante).

La terapia motivacional breve para el tratamiento del abuso de alcohol, a diferencia de la entrevista motivacional sola, puede incorporar elementos directivos, tales como la modificación de esquemas irracionales que suelen asociarse al abuso de alcohol, tal como lo han sugerido Ellis (1996) y Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yaeger (1992).

Estudios recientes en Colombia han identificado diferencias significativas en cuanto al incremento en el nivel de autoeficacia y una disminución en el patrón de consumo de alcohol en personas que reciben intervenciones motivacionales breves (Gantiva & cols., 2003). Otros estudios han comparado los resultados entre los programas individuales y los grupales, tales como los desarrollados por Foote, Peluca, Magura, Warner, Grand, Rosenblum y Stahl (1999); Gantiva y Florez (2006b) y LaBrie, Pedersen, Lamb y Quinlan (2007), los cuales han encontrado que ambas formas de aplicación son efectivas para la disminución de la frecuencia e intensidad de las ingestas. Sin embargo, los programas grupales tienen un menor costo a nivel económico, temporal y de recursos físicos y humanos que aquéllos que se aplican individualmente, lo cual favorece la diseminación de programas con soporte empírico y, por consiguiente, un impacto en la salud pública (Addis, 2002). Así mismo, las personas que han pertenecido a programas grupales tienen un mejor pronóstico, pues desarrollan un mayor sentido de autonomía y de soporte social percibido (Foote & cols., 1999).

No obstante, las investigaciones no han comparado el efecto sobre las variables psicológicas asociadas al cambio y al mantenimiento del mismo entre las intervenciones grupales e individuales, las cuales han demostrado ser determinantes en el proceso de moderación del consumo. Es así como el cambio en la percepción de bajo consumo y riesgo de los participantes (Collins, Carey & Sliwinski, 2002), en las expectativas relacionadas con el consumo de alcohol (Darkes & Goldman, 1998) y en las creencias y atribuciones sobre el mismo (Neighbors, Walker & Larimer, 2003), han demostrado ser definitivos para la moderación del consumo de alcohol, el mantenimiento a largo plazo del cambio y uno de los componentes principales de las terapias con soporte empírico.

Cambios en variables psicológicas como las expectativas, creencias, autoeficacia e invulnerabilidad percibida hacia el consumo de alcohol son las principales responsables en la progresión al cambio explícito en el comportamiento y el mantenimiento del mismo, como lo han propuesto los distintos modelos explicativos del cambio, tales como el Modelo Transteórico (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) a través de los procesos de cambio y las variables intermediarias que explican la progresión a través de las etapas de cambio de las personas; el Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein & Sandman, 2002) y, más recientemente, la Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud (Flórez-Alarcón, 2007).

#### Objetivo

Identificar las diferencias entre la aplicación grupal e individual de un programa motivacional breve para consumidores perjudiciales de alcohol en los criterios de consumo (frecuencia e intensidad) y en las variables psicológicas asociadas al cambio.

## MÉTODO

### Diseño

Se trata de una investigación empírico-analítica de tipo cuasiexperimental en la que se implementará un diseño de serie cronológica con preprueba, dos pospruebas y grupo de control (Hernández, Fernández & Baptista, 1991). Se tendrán en total tres grupos: G1: Grupo que recibirá la intervención individual, G2: Grupo que recibirá la intervención grupal, y G3: Grupo control con lista de espera.

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 180 estudiantes universitarios detectados previamente como bebedores perjudiciales (CAGE mayor de 2), ubicados en una etapa motivacional superior a la anticontemplación e inferior a la acción dentro de la secuencia de etapas del Modelo Transteórico. Aleatoriamente se asignaron 60 sujetos a cada uno de los grupos. Las características de la población se presentan en la tabla 1.

### Instrumentos

CAGE: instrumento de evaluación del riesgo inherente al consumo de alcohol de la persona (Chan, 1994; Andrin, 1999; Muracén, Martínez, Aguilar & González, 2001).

CEMA: Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (Flórez-Alarcón, 2001; 2003). Es un conjunto de cuestionarios elaborados en estudios que se hicieron con estudiantes universitarios de Bogotá, de los cuales se aplicaron: a) cuestionario de abuso, que proporciona un índice cuantitativo del abuso inherente al consumo actual de la persona; b) características del consumo, que proporciona datos de frecuencia e intensidad del consumo en unidades estándar; c) cuestionario de disponibilidad al cambio, que proporciona un índice cuantitativo de la motivación de la persona para involucrarse en la modera-

**Tabla 1**  
Características demográficas de la población.

Grupo	Hombres	Mujeres	Promedio de edad	Promedio CAGE	Etapas Motivacional
Intervención individual	88,3%	11,7%	26,3 años	2.7	Contemplación
Intervención grupal	66,7%	33,3%	27 años	2.8	Contemplación
Control lista de espera	65%	35%	24,8 años	2.8	Contemplación

ción del consumo; d) cuestionario de etapas, que permite clasificar a la persona en alguna de las etapas motivacionales propuestas por el MTT, en una secuencia que abarca anticontemplación, precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento; e) cuestionario de procesos de cambio, que permite evaluar el estado de cada uno de los diez procesos de cambio propuestos por el MTT, y f) cuestionario de sesgo optimista-no realista, que permite evaluar las expectativas de invulnerabilidad frente a las consecuencias del consumo perjudicial.

**BEDA:** Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Ayala & cols., 1998). Prueba que permite establecer si la persona presenta niveles de dependencia moderada o severa.

**CCS:** Cuestionario de Confianza Situacional (Ayala & cols., 1998). Prueba que permite evaluar la autoeficacia de la persona para superar las tentaciones a beber en las mismas situaciones descritas antes para el ISCA.

**AEQ:** Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (Mora-Ríos & Natera, 2001; Mora-Ríos, Natera, Villatoro & Villalvazo, 2000). Prueba que evalúa las creencias de la persona en relación con los efectos que le produce el consumo de alcohol, generando diversas actitudes frente al mismo.

**LIBARE:** Línea base retrospectiva de consumo de alcohol (Ayala & cols., 1998). Formato que le permite a la persona hacer un cálculo de la cantidad de alcohol consumida en el último mes.

### *Procedimiento*

1. Fase I: Tamizaje para captación de sujetos elegibles, la cual se realizó a través de la aplicación masiva de la prueba CAGE y de los componentes del CEMA correspondientes a características del consumo y etapa motivacional en la que se ubica el sujeto.

2. Fase II: Sesión de consentimiento informado y evaluación preintervención (aplicación de instrumentos pre-test).

3. Fase III: Intervención a través de la aplicación del programa de terapia motivacional breve en formato de atención individual o grupal (10 participantes). La intervención fue realizada por uno de los autores de la investigación formado específicamente para la aplicación de programas motivacionales y con estudios de postgrado en psicología clínica. Las cuatro sesiones de intervención están conformadas en orden por: 1) desarrollo y fortalecimiento de la disponibilidad al cambio a través de la aplicación de la EM, la elaboración de balances decisionales para identificar costos y beneficios del consumo de alcohol, establecimiento de metas y retroali-

mentación correctora con respecto al consumo; 2) identificación de antecedentes y consecuentes del consumo para el establecimiento de las razones que llevan a las personas a consumir en exceso; 3) elaboración de planes de acción y estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo de consumo que son puestas en práctica por los consultantes; 4) prevención de recaídas a través de la identificación de situaciones novedosas de riesgo y la elaboración de estrategias de afrontamiento para las mismas. Adicionalmente se realiza la primera evaluación postintervención.

4. Fase IV: Evaluación de seguimiento, la cual consiste en una evaluación post intervención realizada cinco semanas después del tratamiento.

## RESULTADOS

De acuerdo con los puntajes obtenidos en la aplicación de los instrumentos (LIBARE, BEDA, CCS y AEQ) antes de la intervención, no se identifican diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos en variables como frecuencia e intensidad de consumo, nivel de dependencia, autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo de consumo perjudicial y expectativas ante el consumo de alcohol. Los resultados expuestos a continuación muestran las comparaciones postest a nivel intergrupalo e intragrupal para identificar diferencias relacionadas con la aplicación del programa motivacional breve en formato grupal e individual, así como en la ausencia de intervención (grupo control con lista de espera).

*Frecuencia e intensidad de consumo post intervención.* Se realizó una comparación entre los indicadores de consumo posteriores a la intervención (quinta semana), a través de un ANOVA en aquellas personas que recibieron intervención grupal e individual y las que no la recibieron (ver tabla 2). Se identifican diferencias significativas en los indicadores de consumo entre el grupo control y los grupos experimentales en dirección a una disminución de los mismos (frecuencia e intensidad) en las personas que recibieron la intervención. Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas en la frecuencia de consumo entre el grupo que recibió intervención individual y el grupo control, lo que indica un número de días de consumo similar en las personas que no recibieron intervención y aquellas que recibieron la intervención individual, aunque éste último grupo consuma menos unidades por ocasión.

Se resalta la existencia de diferencias significativas en la totalidad de medidas post test entre el grupo que recibió

la intervención en formato grupal y el que la recibió en formato individual, lo que indica una disminución significativa de los indicadores de consumo en las personas que recibieron la intervención grupal en comparación con las que la recibieron individualmente.

Este mismo análisis se realizó cinco semanas después de finalizada la intervención encontrándose los mismos resultados (véase tabla 3).

*Comparación de las expectativas hacia el consumo de alcohol.* A través de un ANOVA se encontraron diferencias significativas en las dos evaluaciones post intervención en la totalidad de las escalas medidas por el AEQ entre el grupo control y los dos grupos experimentales, hacia una disminución de las expectativas positivas del consumo de alcohol en ambos grupos que recibieron la intervención motivacional; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre estos dos últimos (véase tabla 4 y 5).

**Tabla 2**

Comparación post test en los tres grupos en indicadores de consumo de alcohol al final de la intervención (quinta semana)

Variable dependiente	(I) intervención	(J) intervención	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Total de unidades consumidas en la semana 5	Individual (5,03)	Grupal (3,03)	2,00(*)	,005
		Control (11,83)	-6,35(*)	,000
	Grupal (3,03)	Control (11,83)	-8,35(*)	,000
	Individual (1,10)	Grupal (.73)	,37(*)	,001
Ocasiones de consumo en la semana 5		Control (1,17)	-,07	,769
	Grupal (.73)	Control (1,17)	-,43(*)	,000
Unidades por ocasión semana 5	Individual (4,12)	Grupal (2,83)	1,28(*)	,029
		Control (9,92)	-5,80(*)	,000
	Grupal (2,83)	Control (9,92)	-7,08(*)	,000

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

**Tabla 3**

Comparación post test en los tres grupos en indicadores de consumo de alcohol en el seguimiento (décima semana)

Variable dependiente	(I) intervención	(J) intervención	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Total de unidades consumidas en la semana 10	Individual (4,57)	Grupal (2,57)	2,00(*)	,016
		Control (11,83)	-7,27(*)	,000
	Grupal (2,57)	Control (11,83)	-9,26(*)	,000
	Individual (1,07)	Grupal (.72)	,34(*)	,003
Ocasiones de consumo en la semana 10		Control (1,15)	-,08	,685
	Grupal (.72)	Control (1,15)	-,43(*)	,000
Unidades por ocasión semana 10	Individual (4)	Grupal (2,31)	1,69(*)	,019
		Control (10,42)	-6,42(*)	,000
	Grupal (2,31)	Control (10,42)	-8,11(*)	,000

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

Tabla 4

Comparación de las medidas en las escalas del AEQ entre los tres grupos en la quinta semana.

Escala AEQ	Control vs. Individual	Control vs. Grupal	Individual vs. Grupal
Alcohol como facilitador de la interacción	(10,30 / 6,27) ,000	(10,3 / 6,03) ,000	,935
Alcohol como facilitador de la expresividad verbal	(3,45 / 1,70) ,000	(3,45 / 1,63) ,000	,964
Alcohol como facilitador de la desinhibición	(3,62 / 2) ,000	(3,62 / 1,95) ,000	,983
Alcohol como facilitador del incremento de la sexualidad	(3,35 / 1,55) ,000	(3,35 / 1,78) ,000	,701
Alcohol como la reducción de la tensión psicológica	(2,30 / ,1) ,000	(2,3 / ,95) ,000	,766
Alcohol para la reducción de la tensión física	(2,17 / 1,32) ,000	(2,17 / 1,15) ,000	,700
Alcohol para aumentar la agresividad y sentimientos de poder	(1,98 / ,82) ,000	(1,98 / ,85) ,000	,981
Alcohol para lograr cambios psicofisiológicos	(1,52 / ,67) ,000	(1,52 / ,63) ,000	,967

 $p = < .05$ 

Tabla 5

Comparación de las medidas en las escalas del AEQ entre los tres grupos en la décima semana.

Escala AEQ	Control vs. Individual	Control vs. Grupal	Individual vs. Grupal
Alcohol como facilitador de la interacción	(11,25 / 6,63) ,000	(11,25 / 6,08) ,000	(6,63 / 6,08) ,671
Alcohol como facilitador de la expresividad verbal	(3,58 / 2,33) ,000	(3,58 / 1,77) ,000	(2,33 / 1,77) ,076
Alcohol como facilitador de la desinhibición	(3,82 / 2,22) ,000	(3,82 / 2,13) ,000	(2,22 / 2,13) ,950
Alcohol como facilitador del incremento de la sexualidad	(4,15 / 2,08) ,000	(4,15 / 1,80) ,000	(2,08 / 1,80) ,499
Alcohol para la reducción de la tensión psicológica	(2,77 / 1,63) ,000	(2,77 / 1,35) ,000	(1,63 / 1,35) ,385
Alcohol para la reducción de la tensión física	(2,45 / 1,45) ,000	(2,45 / 1,15) ,000	(1,45 / 1,15) ,311
Alcohol para aumentar la agresividad y sentimientos de poder	(2,45 / 1,32) ,000	(2,45 / 1,02) ,000	(1,32 / 1,02) ,291
Alcohol para lograr cambios psicofisiológicos	(1,53 / ,87) ,000	(1,53 / ,73) ,000	(,87 / ,73) ,530

 $p = < .05$ 

*Comparación de la autoeficacia post intervención.* Se comparó la autoeficacia a través del CCS (Cuestionario de Confianza Situacional), que mide la valoración que hacen las personas para controlar el consumo de alcohol en diferentes situaciones, tanto sociales como individuales. De acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 6, se identifican diferencias significativas en el aumento de la autoeficacia en el grupo que recibió la intervención grupal con respecto al grupo control en siete de las ocho escalas: a) emociones desagradables; b) emociones agradables; c) probando autocontrol; d) necesidad física; e) conflicto con otros; f) presión social, y g) momentos agradables con otros. La escala en donde no se encontraron diferencias fue malestar físico.

Con relación a la comparación entre el grupo que recibió la intervención en el formato individual y el grupo

control, sólo se encontraron diferencias en tres de las ocho escalas: a) emociones agradables, b) necesidad física y c) momentos agradables con otros.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos que recibieron la intervención en formato grupal e individual.

*Invulnerabilidad percibida.* Al comparar los resultados del instrumento Sesgo Optimista No Realista con un ANOVA, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que recibió la intervención en formato grupal y el grupo control en: a) percepción hacia consecuencias mayores en la primera aplicación post test y b) percepción hacia consecuencias menores en la segunda aplicación post test. Sin embargo, no hubo diferencias en las escalas percepción de consecuencias menores en la primera

Tabla 6

Comparación entre grupos de los puntajes del CCS para la evaluación post intervención de la autoeficacia ante situaciones de riesgo de consumo perjudicial de alcohol

Variable dependiente	(I) intervención	(J) intervención	Diferencia de Medias (I-J)	Sig.
Emociones desagradables	Individual (44,03)	Grupal (49,77)	-5,73	,361
		Control (35,63)	8,40	,115
	Grupal (49,77)	Control (35,63)	14,13(*)	,003
Malestar físico	Individual (46,37)	Grupal (48,77)	-2,40	,877
		Control (38,23)	8,13	,225
	Grupal (48,77)	Control (38,23)	10,53	,084
Emociones agradables	Individual (45,55)	Grupal (49,09)	-3,55	,626
		Control (32,33)	13,21(*)	,002
	Grupal (49,09)	Control (32,33)	16,76(*)	,000
Probando autocontrol	Individual (47,47)	Grupal (51,57)	-4,10	,579
		Control (40,67)	6,80	,225
	Grupal (51,57)	Control (40,67)	10,90(*)	,024
Necesidad física	Individual (44,56)	Grupal (49)	-4,44	,532
		Control (34,41)	10,15(*)	,040
	Grupal (49)	Control (34,41)	14,59(*)	,002
Conflicto con otros	Individual (45,93)	Grupal (48,98)	-3,05	,766
		Control (35,77)	10,17	,056
	Grupal (48,98)	Control (35,77)	13,22(*)	,008
Presión social	Individual (41,33)	Grupal (50,17)	-8,83	,068
		Control (32)	9,33	,050
	Grupal (50,17)	Control (32)	18,17(*)	,000
Momentos agradables con otros	Individual (42,9)	Grupal (47,8)	-4,90	,389
		Control (31,03)	11,87(*)	,005
	Grupal (47,8)	Control (31,03)	16,77(*)	,000

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

aplicación post test ni en la escala percepción de consecuencias mayores en la segunda aplicación post test. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el que recibió la intervención en formato individual, así como entre los dos grupos experimentales (véase tabla 7).

*Etapas y procesos del modelo transteórico.* Para comparar las diferencias en la etapa motivacional posteriores a la intervención se utilizó un ANOVA para los datos obtenidos a través del CEMA en la aplicación post test y en el seguimiento en los grupos experimentales y control.

Los resultados indican diferencias significativas entre los grupos que recibieron intervención y el grupo control en ambos momentos, lo que indica un avance en la disponibilidad al cambio y, por consiguiente, en la etapa motivacional del modelo transteórico. No se encuentran diferencias significativas entre las dos modalidades de intervención (véase tabla 8).

Con relación a los procesos puestos en práctica en la primera aplicación post intervención (quinta semana), en los diferentes grupos (véase tabla 9), se identificaron diferencias significativas entre el grupo que recibió la intervención individual y el grupo control en

Tabla 7

Comparación entre grupos de los puntajes del instrumento Sesgo Optimista No Realista post intervención y seguimiento.

Variable dependiente	(I) intervención	(J) intervención	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Sesgo consecuencias menores post 1	Individual (,15)	Grupal (,20)	-,0538	,861
		Control (-,03)	,1897	,161
Sesgo consecuencias mayores post1	Individual (,01)	Grupal (,20)	,2436	,051
		Control (-,03)	-,1357	,466
Sesgo consecuencias menores post2	Individual (,10)	Grupal (,15)	,3881(*)	,003
		Control (-,23)	-,0385	,887
Sesgo consecuencias mayores post2	Individual (-,07)	Grupal (,13)	-,1690	,175
		Control (-,07)	,1756	,087
	Grupal (,13)	Control (-,07)	,2141(*)	,028
		Grupal (,09)	-,0429	,893
	Grupal (,09)	Control (-,11)	,2119	,067

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8

Comparación de los puntajes en disponibilidad al cambio en los tres grupos post intervención y seguimiento

Variable dependiente	(I) intervención	(J) intervención	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Disponibilidad al cambio post1	Individual (22,27)	Grupal (22,36)	-,09	,997
		Control (18,45)	3,82(*)	,002
Disponibilidad al cambio post2	Individual (21,14)	Grupal (22,36)	3,91(*)	,001
		Control (15,77)	,70	,855
	Grupal (20,44)	Control (15,77)	4,67(*)	,000

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

todos los procesos de cambio a excepción del proceso de cambio denominado control de la presión social.

Con respecto al grupo que recibió la intervención en formato grupal se encontraron diferencias significativas en todos los procesos de cambio en comparación con el grupo control.

Al comparar las diferencias significativas en los dos grupos que recibieron intervención se encontró un mayor uso de los siguientes procesos en las personas que recibieron la intervención en formato grupal: a) automanejo de contingencias, b) concienciación, c) contracondicionamiento y d) control de la presión social.

Finalmente, con relación a los procesos puestos en práctica en el seguimiento posterior a la intervención (décima semana), en los diferentes grupos (véase tabla 10) se identificaron nuevamente diferencias significativas entre el grupo que recibió la intervención individual y el grupo control en todos los procesos de cambio a excepción, nuevamente, del proceso de cambio denominado control de la presión social.

Con respecto al grupo que recibió la intervención en formato grupal se encontraron diferencias significativas en todos los procesos de cambio en comparación con el grupo control.

Tabla 9

Comparación de los puntajes en procesos de cambio en los tres grupos en la quinta semana (post intervención)

Variable dependiente	(I) intervención	(J) intervención	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Auto manejo de contingencias	Individual (3,16)	Grupal (3,55)	-,39(*)	,001
		Control (2,26)	,90(*)	,000
Auto liberación	Grupal (3,55)	Control (2,26)	1,29(*)	,000
		Individual (3,56)	-,23	,182
Concienciación	Individual (3,09)	Grupal (3,79)	1,01(*)	,000
		Control (2,55)	1,24(*)	,000
Control de estímulos sociales	Individual (3,09)	Grupal (3,5)	-,41(*)	,003
		Control (2,05)	1,05(*)	,000
Alivio por vivencia emocional	Grupal (3,5)	Control (2,05)	1,45(*)	,000
		Individual (3,42)	-,33	,075
Contracondicionamiento	Individual (2,58)	Grupal (3,42)	,94(*)	,000
		Control (2,14)	1,27(*)	,000
Control de presión social	Individual (3,42)	Grupal (3,54)	-,13	,646
		Control (2,42)	,99(*)	,000
Elaboración de balances	Grupal (3,54)	Control (2,42)	1,12(*)	,000
		Individual (2,58)	-,63(*)	,002
Elaboración de balances	Individual (2,58)	Control (1,43)	1,15(*)	,000
		Grupal (3,2)	1,78(*)	,000
Elaboración de balances	Individual (3,13)	Grupal (3,44)	-,32(*)	,034
		Control (2,88)	,25	,118
Elaboración de balances	Grupal (3,44)	Control (2,88)	,57(*)	,000
		Individual (3,56)	-,21	,301
Elaboración de balances	Individual (3,56)	Grupal (3,77)	1,05(*)	,000
		Control (2,51)	1,26(*)	,000

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Al comparar las diferencias significativas en los dos grupos que recibieron intervención se encontró un mayor uso de los siguientes procesos en las personas que recibieron la intervención en formato grupal: a) automanejo de contingencia, b) control de estímulos, c) contracondicionamiento y d) control de la presión social. En esta medición de seguimiento se resalta la diferencia significativa en un nuevo proceso (control de estímulos); por el contrario, no se encontraron diferencias en el proceso denominado concienciación, el cual tuvo diferencias estadísticamente significativas en la primera medición post intervención.

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue comparar la efectividad de un programa motivacional breve para la mo-

deración del consumo de alcohol en dos modalidades de implementación, individual y grupal, con relación a los criterios de consumo y las variables psicológicas asociadas al cambio. Por esta razón, las discusiones se desarrollan sobre estas dos áreas.

### *Impacto sobre la frecuencia e intensidad de consumo de las terapias grupales e individuales*

El estudio de la efectividad de las terapias grupales en comparación con las individuales se ha desarrollado en diferentes problemáticas, tales como el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Tasca & Bone, 2007) y el tratamiento de estrés postraumático en mujeres víctimas de abuso sexual (Lubin, 2007), entre otras. En estas investigaciones se han identificado mejores resultados en las personas que recibieron la intervención grupal. En

Tabla 10

Comparación en los puntajes de los procesos de cambio en el seguimiento (décima semana) en los tres grupos

Variable dependiente	(I) intervención	(J) intervención	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Auto manejo de contingencias	Individual (2,95)	Grupal (3,4)	-,44(*)	,001
		Control (2,25)	,70(*)	,000
	Grupal (3,4)	Control (2,25)	1,14(*)	,000
Auto liberación	Individual (3,37)	Grupal (3,58)	-,22	,244
		Control (2,39)	,98(*)	,000
	Grupal (3,58)	Control (2,39)	1,20(*)	,000
Concienciación	Individual (3,06)	Grupal (3,26)	-,20	,286
		Control (2,28)	,78(*)	,000
	Grupal (3,26)	Control (2,28)	,98(*)	,000
Control de estímulos sociales	Individual (2,8)	Grupal (3,38)	-,58(*)	,001
		Control (2,28)	,52(*)	,002
	Grupal (3,38)	Control (2,28)	1,10(*)	,000
Alivio por vivencia emocional	Individual (3,17)	Grupal (3,31)	-,14	,587
		Control (2,38)	,79(*)	,000
	Grupal (3,31)	Control (2,38)	,93(*)	,000
Contracondicionamiento	Individual (2,28)	Grupal (3,14)	-,86(*)	,000
		Control (1,67)	,62(*)	,002
	Grupal (3,14)	Control (1,67)	1,48(*)	,000
Control de presión social	Individual (3)	Grupal (3,41)	-,41(*)	,008
		Control (2,89)	,11	,718
	Grupal (3,41)	Control (2,89)	,52(*)	,001
Elaboración de balances	Individual (3,36)	Grupal (3,56)	-,19	,340
		Control (2,39)	,97(*)	,000
	Grupal (3,56)	Control (2,39)	1,16(*)	,000

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

cuanto a la moderación del consumo de alcohol, el estudio comparativo entre intervenciones grupales e individuales ha estado relacionado con comparaciones entre diferentes estilos de intervención (Veltrup, Driessen, Wetterling & Dilling, 2003); los resultados indican que las personas que recibieron intervención grupal (independiente de estilo terapéutico), tuvieron una mayor probabilidad de buscar grupos de autoayuda posterior a la intervención en caso de necesitar soporte social.

En la presente investigación se compararon los resultados de una misma intervención en dos formatos diferentes (grupal e individual). Se identificó que ambas intervenciones son efectivas en la disminución del consumo perjudicial, específicamente en la intensidad del consumo de alcohol a la semana. Sin embargo, el grupo que recibió la

intervención individual no logró cambios significativos con respecto al grupo control en lo que respecta a la frecuencia de consumo (número de días de consumo a la semana) (véase tablas 2 y 3), lo cual indica que las personas pertenecientes a este grupo consumen igual número de días pero en menor cantidad, a diferencia de los participantes que recibieron la intervención grupal, los cuales redujeron tanto la frecuencia de consumo como la intensidad del mismo. Estos resultados son similares a los encontrados en México (Ayala & cols., 1998). Canadá (Sobell, 2001). en Estados Unidos (Connors, Walitzer & Dermen, 2002; Borsari & Carey, 2005) y en Colombia (Gantiva & cols., 2003; Gantiva & Florez, 2006a & Gantiva & Flórez, 2006b).

La efectividad de este tipo de terapias radica en los modelos motivacionales en los cuales se basa, que abor-

dan el cambio de comportamiento a través de etapas o fases, basándose en la teoría del control de la acción, en la cual se diferencia con claridad la fase motivacional de la fase del comportamiento explícito. El primer momento asociado al cambio es la fase motivacional, la cual hace referencia al conjunto de expectativas, creencias y valencias relacionadas con un comportamiento o un objetivo posterior (esta primera fase es eminentemente cognitiva y emocional). La segunda fase, denominada fase de intención, hace referencia al momento en el cual la persona toma una decisión de cambio con respecto a un nuevo comportamiento (esta segunda fase es predominantemente cognitiva). Finalmente, la fase de la acción es la que corresponde al comportamiento manifiesto (esta última fase es básicamente conductual). Esta teoría soporta al modelo transteórico en el cual se plantean cinco etapas cíclicas del cambio (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1982).

El uso de las terapias motivacionales breves tiene un efecto positivo sobre el cambio de comportamiento, porque a través de las técnicas (aspecto metodológico), lleva a una progresión de la persona en las fases propuestas por la teoría del control de la acción y más exactamente a través de las etapas del modelo transteórico, pues tiene como principal objetivo desarrollar una toma de decisiones por medio del uso de estrategias cognitivas y emocionales que fortalezcan la tendencia motivacional.

Lo anterior se complementa con el desarrollo de un plan de acción que afecta principalmente el proceso cognitivo de planeación del comportamiento, lo cual acerca a la persona a generar comportamientos manifiestos que al ser reforzados aumentan la autoeficacia y la percepción de control consolidando a la persona en la etapa de acción. Metodológicamente, la efectividad de este tipo de intervenciones se sustenta en el uso de tres estrategias principales: a) la entrevista motivacional, b) el entrenamiento en autocontrol y c) el entrenamiento en solución de problemas.

El uso de la entrevista motivacional como componente primordial de las intervenciones breves ha sido estudiado ampliamente en problemáticas como ansiedad y depresión (Arkowitz & Westra, 2004), reducción de riesgo contra VIH (Carey, Braaten, Maisto, Gleason, Forsyth, Durand & Jaworski, 2000), juego patológico (Hodgins, Currie & Guebaly, 2001) y el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Gantiva & cols., 2003; Gantiva & Florez, 2006a; Gantiva & Florez, 2006b; Dunn, DeRoo & Rivara, 2001). Su efectividad se basa en la disminución de la resistencia al cambio, la resolución de la ambivalencia, el aumento de la autoeficacia y el fuerte desarrollo de una relación terapéutica basada en la empatía y la colaboración.

El uso de los entrenamientos en autocontrol y en solución de problemas para la moderación del consumo de alcohol, han sido estudiados previamente en investigaciones desarrolladas en varios países (Ayala & cols., 1998; Sobell, 2001; Gantiva & cols., 2003). La efectividad de estas técnicas se basa en el desarrollo y fortalecimiento de procesos relacionados con la identificación de factores asociados al problema, el establecimiento de alternativas de cambio, la planeación de las mismas y la evaluación de resultados. Estos procesos favorecen un cambio real en la persona, pues parte de procesos individuales y no de procesos artificiales desarrollados en otros contextos (terapias que involucran periodos de internamiento).

#### *Impacto sobre las variables psicológicas asociadas al cambio de las terapias grupales e individuales*

Con respecto a las diferencias en las variables psicológicas asociadas al cambio y al mantenimiento del mismo (aspecto de interés principal para evaluar la efectividad de una terapia), se identifican diferencias significativas con respecto a la efectividad de la intervención grupal en variables como la autoeficacia ante situaciones de alto riesgo de consumo tales como las emociones desagradables, la prueba de autocontrol, el conflicto con otros y la presión social (véase tabla 6). Estos resultados, además de ser estadísticamente significativos, son clínicamente muy importantes, pues la autoeficacia desarrollada en los participantes que recibieron la intervención en formato grupal los protege en mayor medida de una recaída o de un retroceso en el proceso de cambio, especialmente en las situaciones relacionadas con la presión social y el conflicto con otros, las cuales son situaciones de amplio riesgo de consumo de alcohol (Gantiva & cols., 2003).

Las diferencias encontradas en el mayor uso de procesos de cambio en las personas que recibieron la intervención grupal en comparación con aquellas que recibieron la intervención individual (véase tablas 9 y 10), se relaciona con una mayor progresión y consolidación de las etapas de cambio y, por lo tanto, de una mayor manifestación de comportamientos y cogniciones asociadas a la moderación del consumo de alcohol. Especialmente los procesos conductuales relacionados con el contracondicionamiento, el manejo de contingencias y el control de la presión social, favorece en las personas que recibieron la intervención grupal un mejor pronóstico relacionado con la moderación del consumo de alcohol y la prevención de recaídas, ubicándolas en etapas posteriores del cambio, tales como acción o mantenimiento. Adicionalmente, se resalta que no hubo diferencias entre el grupo que recibió la intervención individual y el grupo control con respecto

al proceso de control de la presión social, lo cual es clínicamente significativo pues gran parte del consumo perjudicial de alcohol se da en situaciones sociales.

Con relación al proceso cognitivo de invulnerabilidad percibida, se resalta la existencia de diferencias entre las personas que recibieron la intervención en formato grupal y el grupo control, resultado que no se encontró en las personas que estuvieron en la intervención individual (véase tabla 7). Estas diferencias son clínicamente significativas, pues la percepción de daño favorece la inhibición de un comportamiento, lo cual es desarrollado en las terapias grupales debido a que los diferentes miembros del grupo aprenden de forma vicaria de las experiencias de sus pares.

Finalmente, no se encuentran diferencias significativas entre las dos modalidades de intervención con respecto a la modificación de las expectativas hacia el consumo de alcohol, aunque las dos son más efectivas que la ausencia de tratamiento (véase tablas 4 y 5). Esto indica que los procesos de terapia motivacional breve favorece el cambio de expectativas independiente de la forma en la cual sea aplicada (grupal o individual)

Se concluye que ambas intervenciones son efectivas en la moderación del consumo de alcohol. Sin embargo, las intervenciones grupales desarrollan cambios cognitivos más sólidos, tales como el aumento de la autoeficacia ante situaciones de alto riesgo de consumo, la percepción de daño y vulnerabilidad ante situaciones de peligro, lo cual disminuye la probabilidad de emitir un comportamiento de riesgo y el uso de procesos de cambio más estables y funcionales (Flórez-Alarcón, 2007). Con relación al comportamiento manifiesto de consumo, las intervenciones grupales disminuyen de manera más significativa la frecuencia de consumo, adicionalmente, se asocia con la puesta en práctica de procesos conductuales (control de contingencias, búsqueda de soporte social y contracondicionamiento), que disminuyen la probabilidad de una recaída y consolidan el mantenimiento del cambio. Adicionalmente, el uso de este tipo de intervenciones resulta más económica en aspectos como el recurso humano necesario para su implementación, los recursos económicos y el espacio físico necesario, factores que favorecen la diseminación de estos programas (Addis, 2002).

## REFERENCIAS

- Addis, M. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, (4), pgs. 367-379
- Andrin, L.O. (1999). Utility of the CAGE-Test as a screening tool for alcoholism in public health. *Tesis Doctoral No-Publicada*. Université de Genève, departement de santé et médecine communautaire. Recuperada de: [http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2000/OswaldA/these\\_front.html](http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2000/OswaldA/these_front.html)
- Arkowitz, H. & Westra, H. (2004). Integration motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18 pgs. 1-31
- Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. En: H. Ayala Velásquez & L. Echeverría San Vicente (Eds.). *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs. 81-91.
- Ayala, H.E., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para los bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6(1) 71-93.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*; 52, 1-26
- Borsari, B. & Carey, K. (2005). Two brief alcohol interventions for mandated college student. *Psychology of Addicted Behaviors*, 19 (3), 296-302.
- Burke, B., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843-861
- Carey, M., Braaten, L., Maisto, S., Gleason, J., Forsyth, A., Durant, L. & Jaworski, B. (2000). Using Information, Motivational Enhancement, and Skills Training to Reduce the Risk of HIV Infection for Low-Income Urban Women: A Second Randomized Clinical Trial. *Health Psychology*, 19, 1, 3-11
- Collins, S., Carey, K. & Sliwinski, M. (2002). Mailed personalized normative feedback as a brief intervention for at-risk college drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 559-567.
- Connors, G., Walitzer, K. & Dermen, K. (2002). Preparing clients for alcoholism treatment: effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5) pgs. 1161-1169.
- Chan, A.W. (1994). Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of Substance Abuse*, 6(2), 123-135.
- Darkes, J. & Goldman, M. (1998). Expectancy challenge and drinking reduction. Experimental evidency for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 64-76.
- Dunn, C., DeRoo, L. & Rivara F. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Adicction* 96, pgs. 1725-1742

- Ellis, A. (1996). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós
- Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R. & Yaeager, R.J. (1992). *Terapia Racional-Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Flórez-Alarcón, L. (2001). Baremación preliminar de un cuestionario para la modificación del consumo de alcohol, elaborado con fundamento en el modelo transteórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 5, 99-122.
- Flórez-Alarcón, L. (2003). Cuestionario de etapas integrado a un programa (CEMA-PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: evaluación de etapas y de variables intermediarias. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 83-104.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá, D.C. Colombia: Manual Moderno.
- Foote, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A. & Rosenblum, A. & Stahl, S. (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17 (3), 181-192.
- Gantiva, C., Gómez, C. & Flórez-Alarcón, L. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*.
- Gantiva, C. & Flórez-Alarcón, L. (2006a). Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *TÍPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(2), recuperado de: [http://www.tipica.org/pdf/gantiva\\_florez\\_evaluacion\\_programa\\_de\\_entrevista\\_motivacional.pdf](http://www.tipica.org/pdf/gantiva_florez_evaluacion_programa_de_entrevista_motivacional.pdf)
- Gantiva, C. & Flórez, L. (2006b). *Intervenciones de la Entrevista Motivacional Asociadas a un Aumento en la Disponibilidad al Cambio en Personas que Consumen Alcohol Abusivamente*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Católica de Colombia.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hodgins, D., Currie, S. & Guebaly, N. (2001). Motivational Enhancement and Self-Help Treatments for Problems Gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1, 50-57
- LaBrie, J.W., Pedersen, E., Lamb, T. & Quinlan, T. (2007). A campus-based motivational enhancement group intervention reduces problematic drinking in freshmen male college students. *Addictive Behaviors*, 32, 889-901
- Lubin, H. (2007). Group and Individual Therapy for Childhood Sexual Abuse Survivors. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 2.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós
- Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C., & Rychtarik, R.G. (1992). Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Recuperado de: <http://www.niaaa.nih.gov/please-note.htm>
- Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43(2), 89-96.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. & Villalvazo, R. (2000). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8(2), 319-328.
- Muracén, I., Martínez, A., Aguilar, J. & González, M. (2001). Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(1), 62-67. Reproducido en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_1\\_01/mgi09101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_1_01/mgi09101.htm)
- National Institute of Drug Abuse (2006): Description of the solution-focused brief therapy. Approach to problem drinking. Recuperado de: [http://www.dualdiagnosis.org/library/nida\\_00-4151/8.html](http://www.dualdiagnosis.org/library/nida_00-4151/8.html)
- Neighbors, C., Walter, D. & Larimer, M. (2003). Expectancy and evaluation of alcohol effects among college students: Self-determination as a moderator. *Journal of Studies on Alcohol*, 64 (2), 292-299
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rodríguez-Martos, A. (1994). Papel de la atención primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: motivación para el cambio. *Atención Primaria*, 14(4), 743-751.
- Rollnick, S. & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Tasca, G. & Bone, M. (2007). Individual Versus Group Psychotherapy for Eating Disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 3.
- Sobell, M. (2001). A public health approach to the treatment of alcohol problems: Issues and Implications. En: H. Ayala Velásquez & L. Echeverría San Vicente (Eds.). *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs. 9-24.
- Sobell, L. (2001). Motivational interventions for problem drinkers. En: H. Ayala Velásquez & L. Echeverría San Vicente (Eds.). *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs. 67-80.
- Veltrup, J., Driessen, M., Wetterling, T. & Dilling, H. (2003). Motivational intervention: a revindividual counselling vs. a group treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 3, 263.
- Weinstein, N. & Sandman, P. (2002). The precaution adoption process model and its application. En K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis [Eds]. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. (pp.121-143). San Francisco: Jossey Bass.