Documento de fundamentación y estructura de la estrategia formativa a profesionales de la salud para la implementación de la estrategia de Prevención Indicada del Consumo Problemático de Alcohol en Estudiantes Universitarios.

Convenio Interadministrativo 479 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social - Universidad Nacional de Colombia (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" - Centro de Estudios Sociales – Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas)

Taller de Formación: Prevención indicada e intervención temprana del consumo problemático de alcohol en estudiantes universitarios

Fundamentación y Estructura

Introducción

Situación de consumo problemático de alcohol en Colombia

El consumo nocivo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Se estima que anualmente mueren en el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos más de 300 mil jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. Casi 4% de todas las muertes en el mundo son atribuibles al alcohol; más que las muertes causadas por el VIH/SIDA, la violencia o la tuberculosis. El alcohol es un factor causal en 60 tipos de enfermedades y lesiones, y un componente de causa en otras 200. El alcohol también está asociado a muchos problemas sociales graves, incluyendo la violencia, la accidentalidad vial, el deterioro de la convivencia, el abuso sexual y el fracaso ocupacional (WHO/ OMS, 2011).

En los países de ingresos medios y bajos el consumo nocivo de alcohol es el mayor factor de riesgo de morbilidad y mortalidad. En América Latina, 77,4% de la carga se registra en la población entre 15 y 44 años; esto es, personas en sus años de vida más productivos (OPS, 2007). El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial. El continente americano es único, ya que el alcohol supera al tabaquismo como el factor de riesgo más importante para la carga de morbilidad (OPS, 2007).

En Colombia, cerca de siete millones de personas entre 12 y 65 años son consumidores de alcohol, lo que equivale a 35% de la población en ese rango de edad. Alrededor de 2,4 millones de personas presentan un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol; esta cifra representa el 35% del total de consumidores y 12,5% de la población total entre 12 y 65 años (Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes y UNODC, 2009).

La mayor prevalencia de consumo de alcohol en el país se registra entre los jóvenes de 18 a 24 años (46%), seguidos por los adultos jóvenes de 25 a 34 años (43%). Los mayores

porcentajes de consumidores de riesgo o perjudicial se encuentran en estos mismos grupos de edad, con casi 673 mil jóvenes de 18 a 24 años, equivalentes a 19% de la población total en esa franja, y 645 mil personas de 25 a 34 años, cifra que representa el 15% de toda la población en esa franja.

Tomando en cuenta sólo la población que consume alcohol, la mayor proporción de consumidores de riesgo o perjudicial también está en estos dos grupos de edad. Entre los consumidores de alcohol con edades de 18 a 24 años, 41% presentan un consumo de riesgo o perjudicial; esto es cuatro de cada diez. Entre los consumidores de 25 a 34 años, 35% presentan un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol; es decir, tres de cada diez.

La cifra más alta de personas con señales de dependencia al alcohol se registra entre los jóvenes de 18 a 24 años, con un poco más de 84 mil personas, equivalentes a 2,4% de la población total en esa franja de edad. Le sigue el grupo de 25 a 34 años, con un poco más de 76 mil personas, que representan casi 1,8% de la población en esa franja. Teniendo en cuenta a nivel nacional se estima que hay aproximadamente 311 mil personas con posible dependencia al alcohol, se puede deducir que más de la mitad de estas personas corresponden a jóvenes en la franja entre los 18 y los 34 años (MPS, DNE y UNODC, 2009).

En lo que concierne al consumo entre jóvenes que acceden a la educación superior, de acuerdo al último estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, una de cada cuatro y uno de cada tres estudiantes universitarios colombianos, que declararon haber consumido alcohol en el último año, presenta consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Asimismo, 14% presenta signos de dependencia, lo cual es 2 puntos porcentuales más alto que lo encontrado en el 2009.

Es importante anotar que a pesar de que tanto en los indicadores de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, como en los de dependencia, se encuentra mayor consumo en los hombres, al comparar los resultados de este último estudio con los del 2009, se evidencia que el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol ha disminuido en los hombres mientras que el de las mujeres está en aumento. En el caso de la dependencia, tanto en hombres como mujeres hubo un aumento en el porcentaje, pero éste fue nuevamente mayor en las mujeres (tres puntos porcentuales más en mujeres en contraste con un punto porcentual más en los hombres).

Estudios realizados con estudiantes universitarios en Colombia y en otros países coinciden en mostrar tasas elevadas de consumo de alcohol, alta prevalencia de consumo excesivo, baja percepción de peligrosidad sobre el alcohol, índices elevados de conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol (i.e., beber y conducir, sexo casual sin protección, uso combinado de otras sustancias, consumo en el espacio público, exposición a la acción de la delincuencia, etc.) y, como corolario, alta frecuencia de incidentes relacionados con el consumo de alcohol, tales como riñas, accidentes, abuso sexual, intoxicaciones y otros problemas severos de salud, etc.. (Flórez et al. 2009, Valencia et al. 2009, Palfai et al. 2002, Johnson 2002, Cox et al. 2002, Buning et al. 2003).

Antecedentes

El país ha venido invirtiendo esfuerzos para contrarrestar la problemática del consumo nocivo de alcohol; particularmente en el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, en ejecución desde el año 2007, la cual tiene tres propósitos estratégicos: reducir la vulnerabilidad al consumo, reducir el impacto del consumo y crear capacidad de respuesta frente al consumo y sus consecuencias. La política comprende cuatro ejes: prevención, mitigación, superación y construcción de capacidad.

Adicionalmente, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 contemplaba como una de sus prioridades el fortalecimiento de los servicios en salud mental y, en esta esfera, la atención de los trastornos relacionados y/o concurrentes con el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Dicha prioridad se mantiene en el nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, cuyo contenido y alcance conllevan explícitamente una creciente articulación con los cuatro ejes estratégicos de la política nacional sobre sustancias psicoactivas e incluye dentro de sus objetivos mantener por debajo del 12% el consumo peligroso y perjudicial de alcohol en la población general y la implementación de las acciones necesarias para lograrlo.

Complementando estas realizaciones, desde el año 2007 se ha dado una cooperación entre el Ministerio de la Protección Social, ahora llamado Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), y la Universidad Nacional de Colombia (UN), para la generación de una política nacional sobre consumo de alcohol. En la primera fase de esta cooperación se

sentaron las bases programáticas de la estrategia para disminuir los daños y minimizar los riesgos de accidentalidad y otros problemas asociados al consumo excesivo de alcohol, mediante actividades realizadas en varias ciudades del país en torno a cinco ejes: (i) evaluación y seguimiento, (ii) marco institucional, (iii) gestión del riesgo, (iv) capacitación de gestores y multiplicadores, y (v) comunicaciones. Los sucesivos convenios entre el MPS y la UN han permitido elaborar y validar instrumentos, diseñar estrategias de capacitación, realizar mesas de trabajo intersectoriales, sensibilizar autoridades regionales y locales frente al tema, producir documentos orientadores, y generar decretos de distinto orden para la prevención y la reducción del abuso de alcohol.

En conjunto, esos han sido los pilares del programa denominado "Pactos por la Vida", ejecutado por el Grupo de Investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano de la UN, bajo la orientación del MSPS, con el apoyo de los comités departamentales de prevención y las autoridades municipales de las ciudades focalizadas.

En un marco más amplio, los avances mencionados y en particular la estrategia nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol son consecuentes con el propósito de adoptar y aplicar en Colombia la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol (E.M.R.U.N.A.), formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 y avalada por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010.

La estrategia nacional apunta a la materialización de los cinco objetivos de la E.M.R.U.N.A., resumidos así: (i) concientización sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas causados por el uso nocivo de alcohol; (ii) construcción de conocimientos sobre la problemática y las alternativas para superarla; (iii) fortalecimiento de la capacidad de respuesta para la prevención y la mitigación de los problemas asociados al consumo nocivo de alcohol; (iv) fortalecimiento de las alianzas, la coordinación y la movilización de recursos frente a la problemática; y (v) seguimiento, difusión y uso de la información con fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

En este marco, uno de los ámbitos prioritarios de intervención es el estamento universitario, dada la significación de la problemática de consumo de alcohol en este sector, y la existencia de bienestar universitario como un recurso con gran potencial para desarrollar acciones sistemáticas y de alta cobertura frente a la situación. Además, el

Acuerdo 003 de 1995 del Consejo Nacional de Educación Superior –CESU-, estableció que el bienestar universitario debía atender el área de salud de sus estudiantes procurando el mejoramiento permanente de las condiciones ambientales, físicas y psíquicas mediante programas preventivos y correctivos que contribuyan a un buen desempeño académico.

En articulación con lo anterior, resulta pertinente dar apoyo a los profesionales de bienestar universitario para que aumenten su capacidad de diseñar e implementar una estrategia de prevención indicada e intervención temprana del consumo problemático de alcohol, que se adapte y responda a las necesidades particulares de las instituciones a las que pertenecen.

Identificación temprana e intervención breve como estrategia de prevención indicada del consumo problemático de alcohol

El consumo problemático de alcohol puede definirse como toda forma o modalidad de consumo de alcohol que incrementa la probabilidad de perjuicios o efectos nocivos para el consumidor o para otras personas. Por lo tanto, dentro de este concepto se incluyen diferentes niveles de riesgo y patrones de consumo, como por ejemplo, consumo excesivo episódico, consumo peligroso y perjudicial, consumo en situaciones de riesgo o consumo en condiciones físicas y psicológicas que podrían verse agravadas por la ingesta de alcohol aún en pequeñas cantidades.

Cuando se hace referencia a la prevención del consumo problemático de alcohol desde un enfoque de riesgo, se asume que el consumo de alcohol es un continuum que va desde consumo moderado hasta la adicción al alcohol, y que, dependiendo de la población objetivo y del tipo de consumo que se busque evitar o modificar, la intervención preventiva debe plantearse objetivos y estrategias diferenciales, derivando al reconocimiento de tres niveles de prevención fundamentales: prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

Ahora bien, a pesar de la existencia de estos tres niveles de prevención, en la mayoría de ámbitos suelen verse mayores desarrollos de intervenciones de prevención universal, dejando de lado la implementación de estrategias de prevención indicada que tienen como objetivo un subgrupo concreto de la población que se encuentra en alto riesgo, lo que para

el caso de alcohol representa a las personas que abusan de la sustancia (consumo peligroso y perjudicial), sin que hayan desarrollado una dependencia a ésta.

Por lo anterior, es consecuente que para poder dirigir una intervención a un subgrupo específico de la población en alto riesgo, es necesario primero hacer una identificación temprana de las personas que lo necesitan, de tal forma que puedan ser intervenidos a tiempo y con estrategias puntuales que los conduzcan a moderar o terminar su consumo de alcohol a partir de sus necesidades. Por eso, una estrategia de prevención indicada requiere el conocimiento y utilización de diferentes instrumentos de tamizaje que permitan hacer dicha identificación y conduzcan a la toma de decisión con respecto a la intervención más apropiada según cada caso. En Colombia se cuenta con suficientes pruebas de tamizaje estudiadas y validadas en nuestra población, como CAGE, AUDIT, CEMA y CARLOS, por lo que la difusión y entrenamiento en su uso se consolida como una herramienta necesaria de prevención en nuestro contexto particular.

Asimismo, una de las intervenciones de prevención indicada de consumo de alcohol más estudiadas en el mundo son las “Intervenciones Breves – IB”, y su efectividad ha sido ampliamente probada en el sector de atención primaria en salud, tal como se constata en un meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados auspiciado por Cochrane (Kaner et al, 2007), así como por otro sin número de estudios adicionales apoyados por la OMS y otras organizaciones de orden internacional.

Se debe aclarar que la IB implementada como estrategia de prevención indicada no tiene como objetivo la disminución de la aparición de nuevos casos de consumo problemático, sino la reducción de los indicadores de consumo problemático ya existentes. Además, su alcance no se extiende al tratamiento de personas con dependencia o con psicopatologías complejas asociadas, aunque en los procesos de identificación temprana suelen detectarse a estos sujetos y la IB es una excelente herramienta para la derivación de éstos a un tratamiento terapéutico especializado y aumentar la adherencia al mismo.

Algunas de las evidencias internacionales que apoyan la implementación de la IB como estrategia de prevención indicada en el ámbito universitario se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 10. Evidencias de la IB como estrategia de prevención indicada

Intervención	Efectos observados
Intervención Motivacional Breve (IMB)	**Reducción en los consumidores intensos** de alcohol (Agostinelli *et al*, 2005)
IMB	Después de cuatro años de seguimiento: **Diferencia considerable en los problemas asociados por el consumo de alcohol** entre los grupos experimentales y de control, pero no en el consumo de alcohol (Baer *et al*, 2001).
IMB con desarrollo de destrezas cognitivas y sociales	Evaluación a los seis meses **muestra éxito a corto plazo** (Borsari y Carey, 2000).
IMB más discrepancias normativas y retroalimentación motivacional	En el seguimiento a las dos semanas se observan **reducciones significativas en la cantidad de tragos** por semana y en la **frecuencia de los episodios de consumo intenso** (Collins et al. 2002).
IMB más estrategias de destrezas cognitivo-conductuales y normativa	**Reducciones significativas en el consumo excesivo entre consumidores de alto riesgo** (McNally y Palfai, 2003).

Intervención breve en alcohol

En términos generales una IB se define como una intervención de duración corta, que tiene como objetivo promover un cambio en una conducta de riesgo previamente identificada (WHO, 2006). Bien, Miller & Tonigan (1993) señalan que hay seis elementos comunes en las IB que han mostrado ser efectivas, las cuales se pueden resumir en el acrónimo FRAMES, que se traduce en (a) dar retroalimentación sobre el estado de salud y el consumo de alcohol, (b) hacer énfasis en la responsabilidad de la persona en el cambio, (c) dar consejo claro, (d) ofrecer un menú de posibles estrategias, (e) expresar empatía y (f) autoeficacia.

De igual forma, en la serie 35 del Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP) del Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias de Estados Unidos, se establece que el componente “FRAMES” es uno de los elementos fundamentales de una IB enriquecida con la técnica motivacional.

Babor & Higgins-Biddle (2001) señalan que una IB para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es una práctica cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol

real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto. Concretamente en los servicios de atención primaria en salud, la IB hace referencia a cualquier atención terapéutica o preventiva de corta duración realizada por un profesional en salud que usualmente no es un especialista en tratamiento en adicciones (Aalto, 2001).

A pesar de que el contenido específico de IB suele variar conforme los contextos de aplicación y necesidades particulares, la IB tiene como característica su intención de modificar los factores psicológicos involucrados en el cambio del comportamiento de riesgo, a partir de una concepción cognitivo-conductual de la motivación humana y un procedimiento estructurado que implica, como mínimo, la utilización de los principios de la Entrevista Motivacional.

Ahora bien, una de las ventajas de la IB es que a pesar de que se enfoca en la modificación de dichos factores psicológicos, la implementación de la IB requiere un entrenamiento sencillo y la guía de atención de desarrolla con pasos sencillos acordes a los resultados de la prueba de tamizaje, lo que facilita que el contenido de la intervención se ajuste no sólo al patrón de consumo de la persona, sino también a la etapa motivacional en la que ésta se ubica respecto al comportamiento a modificar, lo cual se ha encontrado que es un aspecto esencial en la adopción de un estilo de vida saludable (35).

Planteamiento de la estrategia de formación

En el presente documento se desarrolla una propuesta de programa de capacitación dirigido a los profesionales de los centros de Bienestar Universitario, con el fin de entrenarlos en la implementación de una estrategia de prevención indicada del consumo problemático de alcohol en estudiantes universitarios.

El programa de capacitación que se propone en este documento se sustenta en las orientaciones y los lineamientos de la E.M.R.U.N.A., basados a su vez en estrategias validadas internacionalmente a través de innumerables experiencias exitosas de reducción y superación del consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas en diversos países. Un compendio particularmente valioso de las lecciones derivadas de esa amplia experiencia mundial es el Manual de Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol, producido por la OMS en 2001, y cuya eficacia y aplicabilidad en diversos escenarios han sido refrendados a través de más de un centenar de estudios

controlados con muestras aleatorias realizados en la última década (OMS, 2010). Otras referencias de gran utilidad frente al tema que nos ocupa son el Manual de Capacitación del Programa Global de Centros de Tratamiento y Rehabilitación - TREATNET, desarrollado conjuntamente por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC- y la OMS, los numerales 34 y 35 de la Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento –TIP- desarrollados por el Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias de Estados Unidos, así como las investigaciones sobre Intervenciones Motivacionales Breves desarrolladas en el Grupo de Investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano de la Universidad Nacional de Colombia.

Objetivos

Objetivo general

Fortalecer la capacidad de los centros de bienestar universitario de desarrollar una estrategia de prevención indicada de consumo problemático de alcohol, dirigida a estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

1. Informar sobre la situación de consumo problemático de alcohol en el mundo y en Colombia, con énfasis en los indicadores de consumo de jóvenes universitarios.
2. Ampliar el conocimiento de los profesionales de bienestar universitario sobre la concepción de consumo problemático de alcohol y sus implicaciones para la salud, la convivencia, la seguridad y el desempeño de los jóvenes.
3. Dar a conocer los principales instrumentos de tamizaje para identificar consumo problemático de alcohol y entrenar a los profesionales en su implementación.
4. Socializar las principales estrategias de intervención para la prevención indicada de jóvenes con consumo problemático de alcohol, brindando herramientas conceptuales y prácticas para la educación preventiva y la implementación de intervenciones breves.
5. Brindar indicaciones para la práctica de habilidades básicas de entrevista motivacional con usuarios de bienestar universitario que presentan consumo problemático de alcohol.

6. Proporcionar criterios y lineamientos para la remisión/ derivación de estudiantes que presentan dependencia alcohólica o trastornos concurrentes que ameriten un tratamiento intensivo o prolongado (médico-psiquiátrico o psicológico).
7. Aportar lineamientos para el diseño y la planeación de un programa de prevención y atención del consumo problemático de alcohol en el medio universitario.

Metodología

El taller de capacitación está dirigido a psicólogos, trabajadores sociales, educadores, médicos, enfermeras y otros profesionales de ciencias humanas y de la salud que prestan servicios en departamentos o centros de bienestar en instituciones universitarias del país.

El programa de capacitación tendrá un formato de taller teórico-práctico y participativo, que se realizará a lo largo de cinco jornadas (lunes a viernes) de cuatro horas cada una, para una duración total de 20 horas.

Cada jornada de trabajo estará comprendida entre las 8:00 a.m. y las 12:00 m, con un receso de 15 minutos.

Las sesiones se desarrollarán mediante exposiciones interactivas, ilustraciones didácticas, videos, ejercicios prácticos individuales y grupales, discusiones y retroalimentación.

En cada tema se contará con una presentación en PowerPoint, la cual contendrá los tópicos y los objetivos específicos que se trabajarán en cada jornada, así como una síntesis de la información y los elementos conceptuales, metodológicos y técnicos provenientes de las fuentes principales en las que se sustenta la capacitación (i.e., OMS/OPS, NIAAA, Treatnet, MSPS, etc.). Asimismo, en cada jornada se entregará a los asistentes materiales impresos para la realización de ejercicios prácticos. Las presentaciones, los materiales de trabajo durante la capacitación y los principales documentos y artículos de referencia, se entregarán a los asistentes en un CD al finalizar la última jornada de formación.

La capacitación será un proceso de aprendizaje colectivo en el que los(las) facilitadores(as), además de cumplir una función docente como guías principales de los contenidos y los aspectos teórico-metodológicos, actuarán como dinamizadores de la construcción grupal de conocimiento, mediante el intercambio de ideas, opiniones y experiencias entre los participantes.

Estructura de la propuesta de capacitación

A partir de la experiencia piloto desarrollada en el año 2012 bajo la coordinación técnica de Carlos Arturo Carvajal, este año se proponen ajustes en el contenido del programa de capacitación, de forma tal que se responda a las necesidades evidenciadas y se dé mayor énfasis al entrenamiento a partir de ejercicios prácticos, así como un apoyo más amplio en la concreción de la estrategia de prevención indicada en las Instituciones de Educación Superior.

La tabla 11, presenta las actividades y temas principales que comprende el taller de capacitación.

Tabla 11. Estructura del taller

Módulo	Tema	Subtemas
Sensibilización	Situación de consumo	Cifras nacionales de consumo de alcohol en población general y universitaria
	Consumo problemático de alcohol	Definición y caracterización del consumo problemático
		Consecuencias del consumo problemático de alcohol para la salud y otras áreas
Educación sobre alcohol e identificación temprana	Información básica sobre el alcohol	Revisión del conocimiento y creencias sobre el consumo de alcohol
		Generalidades de la sustancia y aspectos psicofisiológicos del consumo de alcohol
	Consumo moderado de alcohol	Parámetros de consumo moderado y responsable
		Saber beber: estrategias para tener en cuenta antes, durante y después de tomar
	Identificación temprana del consumo problemático de alcohol	Presentación de los principales instrumentos de tamizaje
		Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – AUDIT: • Registro en base de datos y procesamiento de la información • Interpretación de resultados y puntos de corte en población colombiana
		CEMA (a. Caracterización del consumo) y CAGE • Registro en base de datos y procesamiento de la información • Interpretación de resultados
Intervención Breve como estrategia de prevención indicada	Motivación y modelo del cambio por etapas	Enfoque motivacional sobre el cambio
		Etapas del cambio desde el modelo transteórico
		Evaluación de la intención de cambio, etapa
	Intervención Breve (IB) por consumo problemático de alcohol	Componentes y principios básicos de la IB
		Protocolo de IB basado en el AUDIT
		Diferencia entre Intervención Breve, Terapia Motivacional Breve y Tratamiento terapéutico extenso
	Entrevista Motivacional	Principios de la entrevista motivacional
		Técnicas de entrevista motivacional: estrategias y habilidades

Módulo	Tema	Subtemas
Plan de acción para la implementación de una estrategia de prevención indicada	Diseño de un programa de prevención indicada del consumo problemático de alcohol en el medio universitario	Componentes a tener en cuenta en un plan de intervención Formulación de un plan de acción: • Estrategia para implementación de pruebas de tamizaje • Elaboración de flujograma y árbol de toma de decisiones de atención, como parte del programa de prevención indicada • Ruta para referir a estudiantes con posible dependencia o con necesidad de tratamiento terapéutico más extenso

Descripción de los módulos temáticos

Sensibilización

Este módulo tiene como objetivo contextualizar a los profesionales sobre la situación de consumo de alcohol en el país, iniciando por ofrecer un panorama del consumo en adultos y continuando con una profundización en los patrones de consumo de alcohol de los adultos jóvenes y los estudiantes universitarios.

En este segmento también se revisa la conceptualización de consumo problemático o nocivo de alcohol, caracterizando los distintos patrones de consumo que lo componen y diferenciando conceptos como dependencia, adicción, alcoholismo, consumo de riesgo (episódico y a largo plazo), abuso, consumo excesivo, consumo peligroso y consumo perjudicial. Para ello, se tienen como referencia los criterios de organizaciones como la OMS, NIAAA y UNODC, así como los manuales diagnósticas DSM-IV y CIE-10.

Una vez se ofrece el panorama general y se clarifica a qué se hace mención cuando se habla de consumo problemático de alcohol, se presentan las principales consecuencias que este tipo de consumo conlleva para la salud, la seguridad y la convivencia, así como para otras áreas psicológicas y sociales. En este sentido, se dan a conocer algunas de las cifras epidemiológicas disponibles en el mundo y en Colombia, a partir de documentos de la OMS/OPS y otros informes nacionales de diferentes estamentos.

Educación sobre alcohol e identificación temprana

Este módulo tiene como objetivo dar a conocer documentación que sirva de base para diseñar el contenido de futuras estrategias de educación sobre alcohol, así como

ofrecer herramientas para la detección temprana de consumo problemático de alcohol en población universitaria.

La primera sección se presenta de forma interactiva haciendo que los asistentes revisen sus propias creencias sobre el consumo de alcohol, para posteriormente darles información que les ayude a resolver algunas de las inquietudes o mitos más comunes de los jóvenes sobre el consumo, sin pretender hacer un estudio exhaustivo sobre la sustancia o sus características toxicológicas. Al final se les muestran las diferentes fuentes bibliográficas que hacen parte del material de la capacitación y que les servirán como base para la ampliación del tema.

La segunda parte de este módulo está dirigida a la descripción y entrenamiento en la utilización de los principales instrumentos de tamizaje en alcohol que se han validado en el país, como lo son AUDIT, CAGE y CEMA.

Este componente tendrá como base el manual del AUDIT diseñado por la OMS y los respectivos soportes teóricos del CAGE y CEMA. Adicionalmente, se compartirá la guía de interpretación para población colombiana del AUDIT y se harán ejercicios de aplicación individuales y en formato de entrevista, con el fin de poner en práctica habilidades necesarias para introducir la evaluación del consumo de alcohol con los jóvenes universitarios.

Intervención Breve como estrategia de prevención indicada

Este módulo pretende dar a conocer los fundamentos, principios y componentes principales de la Intervención Breve desarrollada bajo el enfoque motivacional del cambio, del modelo de cambio por etapas y la Entrevista Motivacional, como componente principal de atención individual de una estrategia de prevención indicada de consumo problemático de alcohol.

Previo a la explicación de los protocolos de la IB, se describe la diferencia entre el enfoque tradicional del cambio y las implicaciones que éste traía para la subsecuente intervención, versus el enfoque motivacional del cambio que ve a éste como un proceso por etapas en el que intervienen diferentes procesos psicológicos que se deben modificar para movilizar a las personas hacia el cambio comportamental específico que se hayan puesto como objetivo.

La propuesta de las etapas del cambio se fundamenta en el Modelo Transteórico desarrollado por Prochaska y DiClemente (1986) y se contextualiza de acuerdo a la aplicación de éste desarrollada en el Manual de Intervención Breve basada en el AUDIT y en el paquete TreatNet de la ONUDC. Además, se dan a conocer los instrumentos de evaluación que hacen parte de CEMA y que permiten conocer aspectos como la disponibilidad al cambio, la intención de cambio, la etapa motivacional y los procesos de cambio de los estudiantes universitarios, lo cual permite que la implementación de la IB en la que se les entrenará en este módulo, se adapte mejor a las características y necesidades del joven universitario.

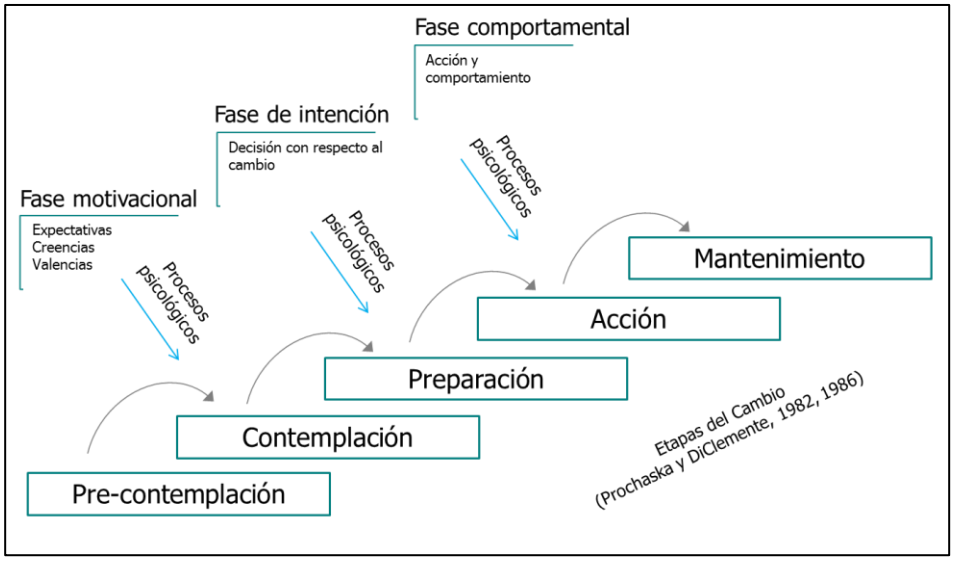

Figura 3. Etapas de cambio del Modelo Transteórico

Es importante entender que en este módulo se maneja un marco de referencia que explica cómo la IB, a pesar de estar centrada en la modificación de los procesos psicológicos propuestos por el MTT, NO es una intervención que deba ser implementada por psicólogos o especialistas en salud mental o adicciones. Además, durante la última sección de esta parte se hace una diferenciación entre la Intervención Breve, la Terapia Breve y el tratamiento terapéutico extenso, delimitando los alcances de la intervención que se propone implementar como estrategia de prevención indicada desde los servicios de Bienestar Universitaria.

Al igual que en el módulo anterior, este tercero contempla varios ejercicios prácticos que permitan a los asistentes desarrollar habilidades básicas para la implementación de la

IB en sus áreas de trabajo y desde sus diferentes competencias, utilizando los principios de la Entrevista Motivacional.

Plan de acción para la implementación de una estrategia de prevención indicada

El cuarto y último módulo tiene un carácter mucho más operativo, por lo que su objetivo es dar asistencia técnica para que los participantes se aproximen al diseño de un programa de prevención indicada de consumo problemático de alcohol en la Institución en la que trabajan, teniendo en cuenta no sólo su capacidad de respuesta y necesidades particulares, sino también la posible articulación con las Zonas de Orientación Universitaria y el desarrollo de una guía de remisión articulada con otros servicios de salud.

Desarrollo de la propuesta

Convocatoria

Se espera contar con el apoyo de las Alcaldías y Secretarías de Educación de cada entidad territorial, municipio o ciudad; para para organizar entre los y las profesionales la convocatoria a este taller, así como para definir el grupo de participantes de acuerdo con las necesidades y requerimientos que dichas entidades consideren esenciales.

Evaluación

El aprendizaje alcanzado en el proceso de capacitación se evaluará mediante un cuestionario aplicado al inicio y al final del programa (evaluación pre-post). Adicionalmente, se hará una evaluación general del programa a través de una encuesta de satisfacción que será distribuido al terminar la última sesión, para ser respondido en forma anónima y confidencial, abarcando los siguientes aspectos: la organización, el contenido, la metodología, el desempeño de los(as) facilitadores(as), los recursos didácticos y la logística del evento.

Acompañamiento y Seguimiento

Al inicio de la capacitación se les dará a conocer a los participantes la plataforma virtual de Pactos por la Vida, la cual permitirá que los asistentes al taller sigan conectados

en red, accedan a contenidos de interés sobre el tema y tengan un medio de contacto con el equipo de la Universidad Nacional.

En la cuarta sesión del taller, los asistentes formularán un plan de intervención a realizar en el corto plazo (una vez finalizado el taller) en sus instituciones para poner en práctica la metodología aportada. Este plan será socializado y revisado durante la misma sesión, estableciendo un compromiso para su desarrollo.

Para brindar apoyo a la ejecución del plan de intervención formulado, se agrupará a los asistentes en no más de 5 de grupos, cada uno de los cuales recibirá acompañamiento en el desarrollo de su plan de intervención, por parte del equipo tutor conformado por el equipo profesional de la Universidad Nacional. Este acompañamiento se realizará de forma virtual con el fin de identificar los avances, posibles dificultades y logros, evaluar el ejercicio realizado, la experiencia construida y las proyecciones futuras de integrar al entorno de la educación superior de la estrategia de intervención motivacional para la prevención indicada del consumo nocivo de alcohol.

REFERENCIAS

Aalto M, Pekuri P, Seppa K. (2001). Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs. *Addiction*. 2001 Feb;96(2):305-11. PubMed PMID: 11182876. Epub 2001/02/22. eng.

Albarracín, M. & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Revista Liberabit*, 14: 49-61.

Arias, B. & Fuertes, J. (1999). Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional. *Mente y conducta en situación educativa. Revista Electrónica del Departamento de Psicología*; 1(1), 1-40. Recuperado de: http://www.uva.es/psicologia/revista.htm

Ayala, H.E.; Cárdenas, G.; Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998a). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

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

Babor, T.F. & Higgins-Biddle. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: Un manual para la utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Griffith, E., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *El Alcohol: Un Producto De Consumo No Ordinario. Investigación y Políticas Públicas*. 2da ed. Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/El_alcohol-producto_de_consumo_no-ordinario.pdf

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Transtornos Debidos al Consumo de Alcohol*. 2da ed. Geneva, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

Barnes, G.; Hoffman, J.; Dintcheff, B.; Welte J. & Farrell, M. (2005). Adolescent's time use: Effects on substance use, delinquency and sexual activity. *Journal of Youth and Adolescence*; *36* (*5*), 697-710.

Barry, K.L. (1999). *TIP 34: Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse: Treatment Improvement Protocol (TIP).* Series 34. U.S. Department Of Health And Human Services. Public Health Service. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment.

Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993 Mar;88(3):315-35. PubMed PMID: 8461850. Epub 1993/03/01. eng.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development.*American psychologist*; 32(7), 513-531.

Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development.*Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bulck, J. V. D. & Beullens, K. (2005). Television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. *Alcohol & Alcoholism;* 40 (*3*), 249–253.

Buning, E., Corgulho, M., Melcop, A.G., O'Hare, P. & Peyraube, R. (2000). *Alcohol y Reducción del Daño. Un Enfoque Innovador Para Países En Transición. Uruguay, Junta Nacional de Drogas de la República Oriental del Uruguay*. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/publicaciones/docs/libro_icahre--alcohol_reduccion.pdf

Cadavid, G. (2003). *Estrategia Escuelas Saludables*. Recuperado de: http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/escuelas.php

Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología;* 8(*1*), 91-120.

Casals, R.; Bosch, J.; Cebrià, A. & Massons, J. (2000). *La entrevista motivacional.* Recuperado de: http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/ponenciasIII.html

Cavell, T. (1999) Social adjustment, social performance, and social skills: A tri-component model of social competence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (2), 111-122.

CICAD (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*. Perú: Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito.

CICAD (2009). *Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009*. Recuperado de: http://www.comunidadandina.org/public/Estudio_drogas.pdf

Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4, (11), 115-134.

Comunidad Andina de Naciones (2012). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Informe Colombia. CAN.

Consejo Nacional de Educación Superior (CESU). *Acuerdo 003 de 1995. Por el cual se establecen las políticas de Bienestar Universitario*.

Consortion for Capacity Building & Integrated Substance Abuse *Programa de Entrenamiento TreatNet*. UNODC.

Cote, M. (2007). Manejo del Trastorno por Dependencia al Alcohol: Conceptos Generales. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar;* 3(*2*). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/N2V3_cote_manejo_del_trastorno_por_dependencia_al_alcohol.pdf

Cox, W.M., Schippers, G.M., Klinger, E., Skutle, A., Stuchlikova, L, Man, F., King, A.L., y Inderhaug, R. (2002). Motivational structure and alcohol use of university students across four nations. *Journal of Studies on Alcohol* 63, 280- 285.

Degenhardt, L.; Chiu, W. T.; Sampson, N.; Kessler, R. C.; Anthony, J. C.; Angermeyer, M.; Bruffaerts, R.; Girolamo, G.; Gureje, O.; Huang, Y.; Karam, A.; Kostyuchenko, S.; Lepine, J. P.; Medina Mora, M. E.; Neumark, Y.; Ormel, J. H.; Pinto-Meza, A.; Posada-Villa, J.; Stein, D. J.; Takeshima, T. & Wells, J. E. (2008). Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine,* 5 (*7*), 1053-1067. Recuperado de: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0050141-L.pdf

Donovan, J. (2004) Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Journal of Adolescent Health*; 35.

Engels, R.; Hermans, R.; van Baaren, R.; Hollenstein, T. & Bot, S. M. (2009). Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour. *Alcohol & Alcoholism*; 1–6.

Espada, J. P., Rosa, A. I. & Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas;* 3 (2), 61-81.

Fernández, S., Nevot, M. & Jané, M. (2002). Evaluación de la Efectividad de los Programas Escolares de Prevención del Consuo de Tabaco, Alcohol y Cannabis: ¿Qué Nos Dicen Los Meta-Análisis?. *Revista Española de Salud Pública, 76*, 175-187.

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. (2005). Evaluación de los Procesos de Cambio Propuestos por el Modelo Transteórico, en Estudiantes de Secundaria y Universitarios Consumidores de Alcohol. *Acta Colombiana de Psicología;* 13, 47 – 78.

Flórez-Alarcón L, Gantiva-Diaz CA. (2009). 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. *Acta Colombiana de Psicología*;12(1):13-26.

Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá: Ed. Manual Moderno.

Flórez-Alarcón, L. (2009). Pactos por la vida. Saber Vivir/Saber Beber (Documento no publicado). Documento de Trabajo, Grupo de Investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano. Universidad Nacional de Colombia.

Flórez-Alarcón, L., Fandiño, S., Vélez, H., Fandiño, A. y Cuellar, D. (2009). *Problemática del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas al interior de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá* – Informe Final. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Flórez-Alarcón, L.; Vélez, H.; Jaimes, M. & Richart, M. (2008). Diagnóstico sobre el consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes de secundaria del departamento de Casanare (Colombia) y recomendaciones para la prevención selectiva e indicada del consumo excesivo. *Boletín Electrónico de Salud Escolar, TIPICA;* 4(*1*). Recuperado de: http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N1/vol4n1_Florez_consumo_alcohol_calidad_de_vida_jovenes.pdf

Galvis, V., Urrutia, J.M. & Bula, G. (1997). *Propuesta de Escuela Saludable para Colombia*. Recuperado de: http://200.13.212.131/juventudes/PROPUESTAUNICA/ESCUELA SALUDABLE/

Gantiva, C. & Flórez-Alarcón, L. (2006). Evaluación del Impacto de un Programa de Entrevista Motivacional en Formato Grupal e Individual para Consumidores Abusivos de Alcohol. *Boletín Electrónico de Salud Escolar, TIPICA, 2*(*2*). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/gantiva_Flórez_evaluación_programa_de_entrevista_motivacional.pdf

Gantiva, C.A.; Gómez, C. & Flórez-Alarcón, L. (2004). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo del alcohol. En Medina, N. (comp.) (2004). Segundo Encuentro de salud integral y sustancias psicoactivas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 107-131.

Goldsmith, D. (2004). *Communicating Social Support*. Cambridge University Press.

Gual, A. (Ed.) (2002). *Monografía Alcohol*. Valencia, Martin Impresores S. L. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/alcohol.pdf

Henry, K., Slater, M., y Oetting, E. (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The Effect of Changes in Risk Taking, Perceived Harm and Friends' Alcohol Use. *Journal. Stud. Alcohol*; 66 (2).

Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2003). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf

Henson, J., Carey M., Carey, K. & Maisto, S. (2006). *Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. Journal of behavioral medicine, vol. 29, No. 2*.

Herrán, O. & Ardila, M. (2007). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el consumo de alcohol (AEQ-III) en adultos de Bucaramanga, Colombia. *Revista Médica de Chile*, 135: 488-495.

Johnson, T.J. (2002). College students' self-reported reasons for why drinking games end. *Addictive Behaviors*, 27; 145-153.

Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 (2):Cd004148. PubMed PMID: 17443541. Epub 2007/04/20. eng.

Kerpelman, J. y Mosher, L. (2004). Rural African American adolescents future

Kestelman, N., Pasarell, N., Figuero, M., Diaz, E. & Abraham, M. (2006). La Adicción Al Alcohol se ha Cosntituido en Un Problema de Salud Pública. *Experiencias En La Prevención y Control del Consumo de Alcohol*, 22-25.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory*, 18 (1), 84-96.

Londoño, C. (2004). *Construcción de un modelo cognitivo social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos.* Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Londoño, C. (2007). Construcción del modelo cognitivo social integrado para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes universitarios. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3 (2). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/N2V3_Londono_modelo_cognitivo_social_integrado_prevencion.pdf

Londoño, C., Valencia, C. (2008). Asertividad, Resistencia a la Presión de Grupo y Consumo de Alcohol en Universitarios. *Acta Colombiana de Psicología;* 11 (1): 155-162.

Londoño, C.; García, W.; Valencia, C. & Vinaccia, S. (2006). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud;* 2, 241-249.

Londoño, C.; Valencia, S.C. & Vinaccia, S. (2006). El papel de psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*; 16(*2*), 199-205.

Mahar, S. & Sullivan, L. (2002). *Social competencies: An integrated approach to linking student learning and wellbeing*. Victoria: Social Competencies Unit, Victorian Department of Education and Training.

Mangrulkar, L., Whitman, Ch.V. & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://www.adolec.org/pdf/habes.pdf

Marlatt, G.A.; Baer, J.S.; Kivlahan, D.R.; Dimeff, L.A.; Larimer, M.E.; Quigley, L.A.; Somers, J.M.; & Williams, E. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psycholoy;* 66(*4*), 604-615.

Miller, W.R. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. TIP 35.* Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias.

Miller, W.R. y Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 37, 129–140.

Ministerio de la Protección Social & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011). *Manual para la Detección e Intervención Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Problemas de Salud Mental en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes*. Bogotá, MPS & UNODC.

Ministerio de la Protección Social (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto: Resumen Ejecutivo*. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf

Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes y UNODC (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá,

Guadalupe S.A. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co/Informacióneinvestigación/Estudios.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles*.

Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008: Informe Final*. Bogotá D.C: Guadalupe.

Montenegro, L. (2008). *Diseño De Un Currículo Para La Promoción De La Perspectiva De Tiempo Futuro, Basado En La Dimensión Psicológica De La Promoción Y La Prevención (Dppps), Dirigido A Jóvenes De Noveno A Once Grado De Bogotá D.C.* Trabajo de Grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia

Moral, M. & Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 41 (3), 533-553.

Moral, M.; Rodriguez, F. & Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones;* 17(2): 105-120.

NIDA- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/neurociencia-libro.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol.* Italia, OMS. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

Otálvaro, G.J. (2006). La Salud Escolar en Bogotá, en la Perspectiva de la Política Social 2004 - 2008. *Boletín Elecronico de Salud Escolar*. 2(1). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/la_salud_escolar_en_bogota.pdf

Palfai, T.P., McNally, A.M., y Roy, M. (2012). Volition and alcohol-risk reduction: The role of action orientation in the reduction of alcohol related harm among college student drinkers. *Addictive Behaviors;* 27, 309-317.

Papalia, D.; Wendkos, S. & Feldman, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Octava edición. México: Mc Graw Hill.

Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14 (1), 123-129.

Pérez, A. & Scoppetta, O. (2008). Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: Un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamentos y dos municipios pequeños. *Corporación Nuevos Rumbos*. Colombia.

Pérez, A. (2007). Consumo de Alcohol y otras Drogas: Recuperación Natural y sus Mecanismos de cambio. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar;* 3 (*2*). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/N2V3_PEREZ_recuperacion_natural_alcohol.pdf

Pérez, A.; Scoppetta, O. & Flórez-Alarcón, L. (2011). Age at Onset of Alcohol Consumption and Risk of Problematic Alcohol and Psychoactive Substance Use in Adulthood in the General Population in Colombia. *Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1 (1): 19–24.

Platt, J., Eisenman, R., Degross, E. (1969). Birth order and sex differences in future time perspective. *Development Psychology.Vol 1, No. 1, 70.*

Poblete, F., Zuzulich, M., Gysling, K., Barros, X., Barticevic, N. & Ferreira, E. (2010). Contribuyendo al Diseño e Implementación de una Estrategia Nacional de Alcohol: Bases Para la Formación de Una Política de Prevención del Consumo de Alcohol En El Ámbito Educaciónal. *Construyendo el Bicentenario*.

Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder, pgs. 55-80.

Presidencia de la República de Colombia (2010). Decreto 120 de 2010. Bogotá.

Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Brugué, M.C. & Gossop, M. (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas.* Barcelona: Ediciones en Neurociencias, pp. 85-135.

Prochaska, J.O.; Norcross, J.C.; & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books, pp. 19-69.

Restrepo, H.E (2001). Conceptos y definiciones. En: H.E. Restrepo & H. Málaga (Eds.) *Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable.* Bogotá: Editorial Médica Panamericana, pgs. 24-32.

Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness And Human Potentials: A Review Of Research On Hedonic And Eudaimonic Well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Salazar, A., Valencia, J., Verhelst, P., Martinez, X., Arcila, A., Escobar, L. O., y otros. (2002). *Factores de riesgo y tipos de consumo de alcohol de los estudiantes de la Facultad de medicina de la Universidad de Manizales*. Universidad de Manizales.

Salazar, I. & Arrivillaga, M. (2004). El Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología;* 13, 74-89.

Secades, R. & Fernández, J. (2001). *Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo.* España

Secretaria Distrital de Salud (2003). E*strategia escuela saludable*. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/navleft/planesyprogramasensalud/escuelasaludable.html

Sobell, L. (2001). Motivational interventions for problem drinkers. En: H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pp.67-80.

Sobell, M.B. & Sobell, L. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly;* 19(*3*), 199-210.

Sobell, M.B. (2007). Serendipia y ciencia: Refleciones de una carrera. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas.* México: UNAM, pp. 273-280.

Tobón, S. (2004). *Formación Básica en Competencias*. Bogotá: Ecoe ediciones.

Torrado M. C. (2000). *Competencias y Proyectos Pedagógicos: Educar para el desarrollo de las competencias*: Santa Fe de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

Van der Vorst, H.; Engels, R.; Meeus, W.; Dekovic, M. & Vermulst, A. (2006). Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 20 (2): 107-116.

Vásquez, F. (2008). *Trabajo de Grado: Aplicación Y Evaluación De Un Taller Para Promover La Perspectiva De Tiempo Futuro En Estudiantes De Grado Décimo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Velde, C. (2000). A*n alternative conception of competence: Implications for vocational education and practice.* Australia: University of Technology Sydney.

Vélez Botero, H. (2009). Programa "TIPICA-S" de promoción de la salud escolar. En: Tromboli, A.; Fantin, J. C.; Raggi, S.; Fridman, P.; Grande, E. & Bertran, G. *El Padecimiento Mental. Entre la Salud y la Enfermedad*. Argentina: Asociación Argentina de Salud Mental, 613 – 616.

Wahab, S. (2005). Motivational Interviewing and Social Work Practice. *Journal of Social Work;* 5(*1*), 45–60.

World Health Organization. (2011). *Global Status Report On Alcohol And Health*. Suiza, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

Zaldívar, D. (2003). *Competencia y habilidades sociales*. Recuperado de: http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6080

Zimbardo, P.G. y Boyd, J.N. (1999*). Putting time in perspective: A valid, reliable indicidual-difeferences metric. Journal of Personality and Social Psychology*. New York: First Press.