

**ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A TRAVÉS DE LA TERAPIA BREVE
CENTRADA EN SOLUCIONES. UN MODELO CLÍNICO PARA EL TRABAJO
SOCIAL**

***TREATMENT FOR ALCOHOL ABUSE FROM PRIMARY HEALTH CARE
THROUGH SOLUTION-FOCUSED BRIEF THERAPY. A CLINICAL MODEL
FOR SOCIAL WORK***

Karla González-Suitt ¹
Camila Castro-Olivares ²

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 9, nº 16, enero-junio 2019

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8847>

¹ Pontificia Universidad Católica de Chile (Chile).  <https://orcid.org/0000-0002-0543-1892>

² Pontificia Universidad Católica de Chile (Chile).

Correspondencia: Karla González Suitt. Escuela de Trabajo Social. Av. Vicuña Mackenna 4860. Santiago, Región Metropolitana. Chile. E-mail: kgonzale@uc.cl

Recibido: **16-03-2019** Revisado: **31-05-2019** Aceptado: **19-06-2019** Publicado: **26-06-2019**

Cómo citar / How to cite:

González-Suitt, K. y Castro-Olivares, C. (2019). Abordaje del consumo problemático de alcohol en la Atención Primaria de Salud a través de la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Un modelo clínico para el Trabajo Social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 9(16), 154-175. doi: 10.30827/tsg-gsw.v9i16.8847

Resumen

Chile es el país latinoamericano que muestra el más alto porcentaje de trastornos por consumo de alcohol en la región. Las políticas de salud chilenas han recomendado realizar intervenciones breves en la atención primaria de salud para abordar el consumo arriesgado de alcohol, aunque no hay estudios que hayan demostrado su efectividad. La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) surge como un modelo prometedor para el abordaje del consumo de alcohol en la atención primaria, por su carácter breve y un enfoque basado en los principios de profesiones como el Trabajo Social, en el que se otorga relevancia a la autodeterminación de las personas. En este artículo se presenta el modelo de TBCS y se ilustra con fragmentos que muestran el abordaje realizado por una trabajadora social durante una sesión de TBCS, donde la conversación se orienta hacia la búsqueda de las excepciones al problema y hacia las fortalezas y recursos de la persona. Entre las conclusiones, se plantea la necesidad de contar con más estudios empíricos y descriptivos que contribuyan a fortalecer el conocimiento sobre intervenciones breves en Chile y América Latina, además de la necesidad de reconocer y fortalecer la formación clínica y terapéutica de trabajo social tanto en pregrado como en postgrado.

Abstract

Chile is a Latin American country that shows the highest percentage of alcohol use disorders in the region. Chilean health policy has instructed to implement brief interventions in primary health to manage hazardous alcohol use, though there are not studies that have demonstrated their effectiveness. Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) emerges as a promising model to manage alcohol abuse in primary health care, because it is brief and consistent with principles of professions such as social work, which gives relevance to self-determination of individuals. In this article we present and illustrate the SFBT model with speeches that show a social worker intervention during a SFBT session. The conversation is oriented towards the exceptions to the problem and towards the person's strengths and resources. Among conclusions, we state the need of empirical and descriptive studies that contribute to strength the knowledge about brief interventions in Chile and Latin America. Besides that, we highlight the need of validation and strengthen of clinical and therapeutic training in social work, in undergraduate and postgraduate studies.

PC : Terapia Breve Centrada en Soluciones; trabajo social clínico; consumo arriesgado de alcohol; Chile

KW : *Solution-focused Brief Therapy; clinical social work; hazardous alcohol use; Chile*

Introducción

La prevalencia de consumo de alcohol en Latinoamérica es un 50% mayor que el promedio mundial (Shield, Monteiro, Roerecke, Smith & Rehm, 2015) y Chile es el país que presenta el porcentaje más alto de Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) en el continente, pues un 8,9% de la población presenta este trastorno, comúnmente denominado alcoholismo (OMS, 2014). Esto constituye un problema de salud pública, ya que el TCA incide en la morbilidad poblacional y en la reducción de la esperanza de vida, se relaciona fuertemente con las condiciones de salud mental y los problemas familiares y sociales de la población, además de constituir una causa directa de muerte (OMS, 2014; Shield et al., 2015).

En Chile, la población adolescente y adulta presenta prevalencia de condiciones mentales como depresión y ansiedad, además de problemas sociales como violencia intrafamiliar asociadas a la presencia de TCA (Basso, Mann, Strike, Brands y Khenti, 2012; Rojas et al., 2012; Toledo, Pizarro y Castillo-Carniglia, 2015; Vizcarra, Cortés, Bustos, Alarcón y Muñoz, 2001a, 2001b). Relacionado a lo anterior, se estima que el porcentaje de muertes atribuibles al consumo de alcohol en el país es de un 9,8%, siendo el doble de la proporción mundial, la que alcanza un 5,9% (Castillo-Carniglia, Kaufman & Pino, 2013; OMS, 2014).

Desde una perspectiva teórico-conceptual, las agencias internacionales que investigan sobre salud y uso de alcohol, tales como la Asociación Americana de Psiquiatría, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Latinoamericana de Psiquiatría proveen definiciones y categorías útiles para comprender los tipos de bebedores y los resultados de salud asociados al consumo de alcohol. A la fecha existe una serie de taxonomías para los TCA que se sintetizan en la tabla 1. Cuando se trata de ausencia de TCA, aparecen dos principales categorías. La abstinencia, que caracteriza a personas que no beben alcohol, y el consumo de bajo riesgo el cual define a personas que no ingieren más de 14 bebidas alcohólicas por semana o 4 por ocasión, en el caso de los hombres, y 7 bebidas semanales o 3 en una ocasión, en el caso de las mujeres (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012).

Tabla 1: Clasificación para los TCA

	Comportamiento	Descripción
Comportamientos que no constituyen Trastorno por Consumo de Alcohol	Intoxicación por alcohol o embriaguez	Alto nivel de ingesta de alcohol, comportamiento desinhibido y desaparición de los efectos después de suspender el consumo de alcohol. (Organización Mundial de la Salud, 2019).
	Episodios de borrachera	Consumo excesivo (5 o más tragos) en una sola ocasión en los últimos 30 días. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012)
	Consumo peligroso de alcohol	Nivel de consumo de alcohol o patrón de consumo de alcohol que, si persiste, puede causar daños al bebedor. No existe consenso sobre ese patrón, sin embargo, se suele identificar el consumo de bebidas peligrosas en cinco o más bebidas por ocasión o 14 o más bebidas por semana para hombres y cuatro o más bebidas por ocasión o siete o más bebidas por semana para mujeres ¹ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012).
Comportamientos que constituyen Trastorno por Consumo de Alcohol	Uso nocivo de alcohol	Daño causado por consumo de alcohol sostenido. Se deben cumplir 4 criterios clínicos para confirmar el consumo nocivo de alcohol: evidencia de que el consumo de alcohol ha provocado daño físico o psicológico; que la naturaleza de ese daño sea identificable; el patrón de uso ha persistido durante al menos un mes o ha ocurrido repetidamente dentro de un período de 12 meses; y, que se descarten otros trastornos o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2019).
	Abuso de alcohol	Implica cumplimiento de uno de los siguientes factores en un período de 12 meses: deterioro clínico significativo; uso en situaciones peligrosas; problemas legales relacionados al uso de alcohol; y, persistencia en el consumo a pesar de presentar problemas psicosociales (American Psychiatric Association, 2013).
	Dependencia del alcohol	Afección grave de la vida de la persona debido a comportamientos que privilegian consumo sobre otras actividades y relaciones. La presencia de tres o más de estos síntomas dentro de un período de 12 meses es indicativa de dependencia del alcohol. Estos síntomas son, tolerancia; síndrome de abstinencia (o beber/ usar una sustancia relacionada para aliviar o evitar el síndrome); beber más y/o por más tiempo de lo previsto; deseo persistente o esfuerzos fallidos para reducir o controlar el consumo de alcohol; actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes abandonadas o reducidas debido a la bebida; una gran cantidad de tiempo dedicado a actividades para obtener, usar o recuperarse del consumo de alcohol; continuar bebiendo a pesar de tener problemas físicos o psicológicos que probablemente sean causados o empeorados por el consumo de alcohol (American Psychiatric Association, 2013).

Fuente: Elaboración propia en base a American Psychiatric Association (2013); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012); Organización Mundial de la Salud (2019).

En el caso de las categorías de consumo de alcohol como un problema de salud mental, se identifican tanto comportamientos que no constituyen un TCA como aquellos que sí lo hacen (Ver tabla 1). Entre los primeros se encuentran los episodios agudos de consumo tales como la intoxicación por alcohol, los episodios de borrachera y de consumo peligroso de alcohol. Entre los comportamientos que constituyen TCA, se identifica el uso nocivo de alcohol, el abuso de alcohol y la dependencia al alcohol. Las dos últimas categorías han sido reconceptualizadas en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) elaborado por la American Psychiatric Association (2013) con el término Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA), incorporando la mayor parte de los síntomas de la dependencia y abuso del alcohol e incluyendo las ansias intensas de consumir o *craving*² en un continuo: leve (presencia de 2 o 3 síntomas), moderado (4 a 5 síntomas) y grave (6 o más síntomas de un total posible de 11).

Por otro lado, es relevante tener presente que el TCA presenta comorbilidades a nivel de salud mental, entre las que se encuentra la prevalencia de episodios depresivos mayores (EDM), de trastornos de ansiedad, trastornos por estrés post-traumáticos (TEPT), trastornos de personalidad y espectros de Esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2013; Grant et al., 2008). En Latinoamérica, entre el 6% y el 42% de pacientes en tratamiento por alcohol u otras drogas ha recibido tratamientos por depresión; entre el 5,4% y el 59,8% lo ha hecho por ansiedad (Basso et al., 2012; Domenech, Mann, Strike, Brands y Khenti, 2012; García Estrada, Mann, Strike, Brands y Khenti, 2012; Merchán-Hamann et al., 2012; Prieto, Brands, Strike, Mann y Khenti, 2012); y entre 2% y el 63% se les ha diagnosticado TEPT.

1. Abrodaje e intervención para TCA

Frente al escenario epidemiológico anteriormente descrito, se despliegan acciones desde la política pública. Tanto el TCA como sus comorbilidades se atienden de forma ambulatoria a partir de la oferta programática del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), los que implementan Programas de Detección, Evaluación e Intervención Breve y Programas de Tratamiento Especializado. Mientras que los Programas de Detección, Evaluación e Intervención Breve se realizan en centros de atención primaria de salud, a fin de detectar a la población con consumo de riesgo y derivar a aquellas personas con consumo perjudicial

a centros más especializados. Los Programas de Tratamiento pueden implementarse tanto en centros públicos como privados que cuenten con un convenio con SENDA (2012). Dentro de los Programas Especializados se encuentra el Programa Ambulatorio Básico (PAB), el cual implica la atención multidisciplinaria por 6 meses, donde el usuario debe asistir 2 veces a la semana por 4 horas aproximadamente, seguido por otra etapa de intervención breve. Cabe mencionar que en contextos de atención primaria de salud (APS), el año 2010 se atendió el 50% de la población con TCA (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

Considerando que existe una alta tasa de deserción entre las personas en tratamiento por consumo de alcohol, especialmente durante las dos primeras sesiones (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen y Duckert, 2013), es recomendable iniciar la intervención con estrategias centradas en la alianza terapéutica y en el cliente, y que promuevan la adherencia de las personas al tratamiento. El estudio de Baldwin, Wampold & Imel (2007) refuerza esta idea, mostrando que la alianza terapéutica es un determinante en el resultado de los tratamientos para el consumo de sustancias. La Ley 19.966 de Garantías Explícitas de Salud (2004), muestra consistencia con estos principios, pues establece que el tamizaje para identificar trastornos de uso de alcohol se aplica en centros de atención primaria, a fin de identificar personas que puedan ser atendidas en intervenciones breves.

Las Intervenciones Breves (IB) se definen como "cualquier actividad terapéutica o preventiva realizada por un trabajador de salud en un corto período de tiempo" (Babor, 1994, p. 1128) y consisten en intervenir a partir de una conversación a corto plazo, de una a cuatro sesiones a partir de consejos breves donde se identifican problemas y se promueven cambios en la persona que presenta un TCA (Bien, Miller y Tonigan, 1993). Además de las intervenciones breves es posible encontrar alternativas como la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), la Entrevista Motivacional (EM) y la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). Estos modelos de intervención emergen de tradiciones teóricas que explican de distintas maneras el cambio y el tratamiento del consumo de sustancias. Por ejemplo, las perspectivas teóricas cognitivo-conductuales comprenden el consumo de alcohol como una estrategia, respuesta automática o incluso ansias intensas de beber (*craving*), para afrontar creencias acerca de situaciones difíciles (Bandura, 1969; Beck, Wright, Newman y Liese, 1993; Ellis & Dryden, 1987), por lo tanto, la intervención es sobre dichas creencias y estrategias con el objetivo de prevenir la recaída (Marlatt, 1996; Roger, Jarvis & Najarian, 1993).

Por otro lado, la Entrevista Motivacional (EM) asume que las personas se muestran ambivalentes y resistentes al cambio para dejar o disminuir el consumo como un resultado de la relación que el terapeuta establece con ellas (Lewis & Osborn, 2004), y para intervenir se propone la conversación sobre el cambio, con el objetivo de resolver la ambivalencia que tienen las personas respecto de decidir o no cambiar (Miller & Rollnick, 2013).

Finalmente, la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) se origina en la década de 1980 (Berg y de Jong, 1996; Trepper et al., 2012) y sus cimientos se encuentran en las teorías sistémicas y de la comunicación. Este modelo se enfoca en las soluciones más que en los problemas, centrándose en las fortalezas, en el presente y en el futuro. Se sostiene en la filosofía de que las soluciones no se relacionan necesariamente con los problemas, y que los terapeutas no diagnostican problemas, sino que asisten a las personas para generar soluciones a través de la conversación (Bavelas et al. 2013). La postura del profesional se identifica con “guiar desde un paso más atrás”, con el fin de ayudar a las personas a encontrar sus propias soluciones, aproximación que se asocia a una postura de no experto, donde el verdadero experto y guía de la intervención es la persona (de Jong y Berg, 2012; de Shazer, 1985; Trepper et al., 2012).

Las técnicas generales de intervención que caracterizan a la TBCS son mantener una postura profesional positiva, buscar soluciones previas, buscar excepciones, preguntar en lugar de interpretar o dirigir, dar cumplidos e incentivar a hacer más de lo que funciona (Bavelas et al., 2013). Entre las técnicas específicas de la TBCS se encuentran las siguientes (Bavelas et al., 2013):

- Cambio pre-sesión: sirven para reconocer qué ha estado bien desde que se agendó la sesión hasta ahora.
- Búsqueda de excepciones: permiten explorar aquellos momentos en los que el problema no está presente o en los que pudo haber ocurrido el problema y este no ocurrió.
- Preguntas de escala: ayudan a que el cliente evalúe su actual situación y chequear cómo es que se encuentra en ese nivel y no más bajo.
- Preguntas centradas en el futuro: llevan al usuario a situarse un futuro cercano donde el problema ha desaparecido y todo está como el usuario desea.
- Preguntas relacionales: permiten incluir la percepción que otros tienen acerca de las situaciones y los recursos de los consultantes.

- Preguntas de afrontamiento: muestran al usuario que ha sido capaz de afrontar ciertas situaciones.
- Tomar un receso y retomar la sesión: permite elaborar un listado de elogiosa partir de fortalezas y recursos, además de ser una oportunidad para recibir retroalimentación de otros profesionales.
- Experimentos y tareas: invitan a los usuarios a poner en práctica más de lo que funciona hasta ahora y ver qué pasa.

2. Trabajo Social y TBCS

El trabajo social se ha desempeñado históricamente en la APS, donde en su práctica cotidiana intervienen en materia preventiva y de manera interdisciplinaria a fin de reducir conductas riesgosas de consumo de alcohol. Las intervenciones terapéuticas realizadas por los trabajadores sociales también constituyen un aporte en distintos contextos de atención directa a personas, familias y grupos, siendo evidente su colaboración en los equipos interdisciplinarios que trabajan hoy en los distintos programas de apoyo a las familias y personas en los ámbitos de protección de infancia, escuelas y salud en Chile.

La TBCS representa una alternativa para el trabajo social clínico. La finalidad del trabajo social clínico es contribuir a la identificación de aquellos aspectos que causan un malestar subjetivo en la persona consultante y su entorno, para así emplear estrategias terapéuticas que le permitan afrontar aquella situación y centrarse en la búsqueda de soluciones que permitan resituar el problema (Viscarret, 2007).

La TBCS y el trabajo social clínico comparten los principios de autodeterminación y de participación de las personas en las intervenciones, considerando no sólo los aspectos clínicos del quien consulta, sino que también su contexto y las relaciones que establece con el medio donde se desenvuelve. González, Franklin, Cornejo, Castro & Smock Jordan (2017) desarrollaron un estudio de adaptación lingüística de las intervenciones y técnicas de la TBCS (originalmente en inglés), para luego implementar un estudio piloto donde la TBCS fue aplicada por trabajadores sociales capacitados en contextos de atención primaria de salud con personas que presentan TCA (González, Geraldo, Estay & Franklin, 2017). Dicho estudio, muestra que los trabajadores sociales adoptaron la TBCS como modelo de intervención, no solo para el consumo de sustancias, sino también en otro tipo de

problemáticas (González, Geraldo, Estay & Franklin, 2017). Los resultados del estudio piloto mostraron tendencias positivas en cuanto al aumento de indicadores como '*porcentaje de días de abstinencia*' y '*bienestar subjetivo*'³, así como la disminución de los indicadores '*consecuencias del consumo de alcohol*' e '*índice de depresión*' (González, Geraldo, Estay & Franklin, 2017).

3. Modelo TBCS aplicado a un caso de consumo de alcohol

Las adaptaciones lingüísticas realizadas al modelo de la TBCS y su aplicación piloto se ilustran en los siguientes fragmentos de una sesión donde una trabajadora social entrenada en TBCS, aplica el modelo con un usuario que presenta consumo problemático de alcohol en el contexto de atención primaria. El consumo de alcohol problemático en este consultante se detectó a partir del instrumento AUDIT, empleado en la atención primaria como parte del tamizaje de salud preventiva. Este ejemplo se obtuvo de un estudio de implementación de la TBCS en Santiago de Chile, que fue aprobado por el Comité de Ética de Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

A continuación, se muestran los cuadros 1 a 4, que contienen fragmentos de una sesión que ilustran las principales técnicas de la TBCS aplicadas a un caso de consumo de alcohol problemático. Cada fragmento será analizado en función de cómo la conversación centrada en los recursos y en lo que funciona bien, va generando respuestas en el mismo sentido.

En el primer fragmento (cuadro 1) se presentan la pregunta de cambio pre-sesión y una pregunta relacional.

Cuadro 1

1	Terapeuta:	Oiga, ¿y qué cosas han estado mejor desde la última vez que nos vimos? Cuando estaba con su hija...
2	Participante:	Eh... ¿qué cosas han estado mejor?
3	Terapeuta:	Ajá [asiente]. En su vida...
4	Participante:	Sí, bueno...no se han producido cambios, así como...notorios, pero sí el cambio que yo noto, y que me alegra bastante, es que me siento capacidad de trabajar. Porque [desde que dejé de consumir] me dolía mucho la cabeza, y me dolía desde aquí hasta por acá [indicando partes de su cuerpo]. Y me preguntaba todos estos meses si es que se me iba a pasar para poder entrar a trabajar. Porque no sé...me deprime el hecho de no contribuir a la casa con plata [dinero].
5	Terapeuta:	Oiga, y, desde ese tiempo que nos vimos nosotros hasta ahora, igual usted ha cambiado cosas...
6	Participante:	Sí, han pasado cosas positivas. Estoy preparándome para trabajar este otro mes. Si no es el otro mes, [será] el mes que sigue.
7	Terapeuta:	¿Usted nota que alguien se da cuenta de esos cambios?
8	Participante:	Ehh...la mayoría.
9	Terapeuta:	¿Qué le dicen?
10	Participante:	Dicen qué bien, que me cuide. La gente que realmente me quiere me incentiva para que siga los propósitos. Que no me vean con un cigarro, con una botella, con una lata...
11	Terapeuta:	¿Y qué le produce eso a usted?
12	Participante:	Me produce alegría. Me produce alegría porque [digo] ¡puedo, puedo, puedo! Mucha gente yo creo que no me reconoce.
13	Terapeuta:	¿Y en qué se nota el cambio?
14	Participante:	Se nota el cambio. Hasta para pensar estoy más limpio. Pienso con más certeza. Antes lo hacía con mucha vacilación, siempre.

Fuente: Elaboración propia

El fragmento comienza cuando en #1 la trabajadora social plantea la pregunta de cambio pre-sesión (“¿qué cosas han estado mejor desde la última vez que nos vimos?”). Esta pregunta tiene un estilo presuposicional, pues presupone que hay algo que está mejor en la vida de quien consulta (de Jong y Berg, 2012). Aquí se observa la premisa de que los problemas no existen todo el tiempo (Bavelas et al., 2013).

Durante las siguientes expresiones (#3 y #5), la profesional refuerza la pregunta planteada en #1 realizando afirmaciones complementarias que se enfocan en presuponer que hay cosas que están mejor. Una vez que el usuario profundiza la respuesta dada en #4 (“...sí el cambio que yo noto, y que me alegra bastante, es que me siento capacidad de trabajar”) y reafirma en #6 que se siente positivo respecto de la posibilidad de trabajar pronto, la terapeuta formuló una pregunta relacional en #7 (“¿usted nota que alguien se da cuenta de esos cambios?”) frente a la cual el participante señala en #8 “Ehh...la mayoría”.

Las preguntas relacionales, inspiradas en la base sistémica de este modelo, buscan involucrar la mirada de otros acerca de los recursos o cuando las cosas están bien (de Jong y Berg, 2012). Para ampliar esta respuesta es muy común en la TBCS utilizar preguntas descriptivas como las enunciadas en #9, #11, #13 (“¿Qué le dicen?”, “¿Y qué le produce eso a usted?”, “¿Y en qué se nota el cambio?”). Estas preguntas tienen la función de ampliar aquello que la terapeuta identifica como un recurso o que es importante para el consultante (de Jong y Berg, 2012). En este caso, las preguntas dan paso a las respuestas en #10 y #14, donde el usuario señala que se ha percatado de que posee una red de apoyo que refuerza su motivación, lo cual se suma al hecho de que él mismo está notando sus progresos.

En el cuadro 2, se podrán apreciar una pregunta centrada en el futuro y la pregunta por excepciones, las cuales muestran cómo es posible descubrir objetivos y momentos de excepción a los problemas que ya están ocurriendo en la vida de las personas y que ayudan a avanzar hacia dichos objetivos.

Cuadro 2

15	Terapeuta:	Si nos imaginamos entonces que este problema se acabó. [Se acabaron] las ganas de consumir... ¿cómo se ve?, ¿haciendo qué?
16	Participante:	[Me veo] trabajando, haciendo cosas, conociendo lugares. Eh, cómo se llama... saliendo con mis nietos. O sea, una vida que nunca, nunca he experimentado así...completa
17	Terapeuta:	¿Ha habido momentos en que usted no sienta angustia?
18	Participante:	Que no sienta angustia...eh...sí.
19	Terapeuta:	¿Cuándo son esos momentos?
20	Participante:	Eso es cuando...este, cuando hay cosas positivas en mi cabeza.

Fuente: Elaboración propia

La trabajadora social realiza una pregunta centrada en el futuro en #15 (“*Si nos imaginamos entonces que este problema se acabó, (...) ¿cómo se ve?, ¿haciendo qué?*”), ante la cual el participante establece elementos que se esbozan en varias imágenes de futuro en #16 donde igualmente menciona que esas imágenes son de “una vida que nunca, nunca he experimentado así...completa”. Una manera de soslayar la conversación pesimista o sobre el problema es a través de preguntas por excepciones, las cuales justamente buscan hacer un giro en la conversación indagando directamente cuando no ocurren situaciones negativas o problemáticas (de Jong y Berg, 2012). Es así como la profesional, en #17, se centra en la búsqueda de excepciones que le permitan ver al consultante qué ocurre cuando la angustia no está, y hacerse consciente de aquellos momentos (*¿Ha habido momentos en que usted no sienta angustia?*). A lo que el consultante responde en #20 “Eso es cuando...este, cuando hay cosas positivas en mi cabeza”.

En el cuadro 3 se observan la pregunta de escala y una pregunta de afrontamiento. Siguiendo a los autores seminales de este modelo, la pregunta de escala no cobra sentido completo sino hasta que se complementa con la pregunta de afrontamiento que busca conocer qué hace que la persona haya identificado ese número y no uno más bajo (de Jong y Berg, 2012). Esto porque, si bien la pregunta de escala es como un termómetro que permite evaluar riesgo y la autopercepción de la persona sobre su progreso, sólo con la

pregunta de afrontamiento se logra recabar en aspectos que funcionan bien en la vida de los consultantes.

Cuadro 3

21	Terapeuta:	Si yo le dijera que tiene que elegir entre el 1 al 10, donde el 1 es lo peor que le podría pasar y el 10 es estar en ese paraíso que usted me dice, ¿dónde se encuentra hoy?
22	Participante:	Hoy día estaría en el séptimo lugar, más o menos.
23	Terapeuta:	Ya...cuénteme, por qué en el 7.
24	Participante:	Porque tengo miedo...es temor más que nada. Es temor a caer [a retomar el consumo] de nuevo.
25	Terapeuta:	Pero un 7 es un número alto del uno al 10.
26	Participante:	De todas maneras, pero es que ese 30% que “anda volando” es el que me provoca la duda. Por eso necesito el apoyo del consultorio [Centro de atención primaria de salud], del COSAM [Centro Comunitario de Salud Mental], porque yo, así por las mías, por las mías no sé cuánto tiempo me podría aguantar.
27	Terapeuta:	¿Cómo lo ha hecho usted para estar en este número 7 y no en un número más bajo?
28	Participante:	Lo he hecho con el apoyo de mis hijas. Porque aparte de no querer defraudarlas hay un control de parte de ellas. Ayer, por ejemplo, le dije a mi hija “pásame la plata [el dinero] que te pasé para sacar ‘una luquita’ [CLP 1000]” y ella me dijo: “¿Para qué?”, y yo le dije: “Para una bebida [gaseosa]”.

Fuente: Elaboración propia

En esta ocasión se le pide al participante que evalúe su estado actual a través de una pregunta de escala, en #21 (“Si yo le dijera que tiene que elegir entre el 1 al 10, donde el 1 es lo peor que le podría pasar y el 10 es estar en ese paraíso que usted me dice, ¿dónde se encuentra hoy?”). En esta conversación se puede apreciar que después de la pregunta escala es muy fácil que el usuario se focalice en alguna situación problemática como temores y dudas que surgen en #24 y #26. Entonces, la pregunta de afrontamiento en #27, (“¿Cómo lo ha hecho usted para estar en este número 7 y no en un número más bajo?”)

permite volver a aquello que para el usuario está funcionando a su favor y significa un recurso: su familia.

En el cuarto y último fragmento, se detalla la transición a un receso hacia el final de la sesión, que da paso a la construcción de un mensaje final y recomendaciones basadas en la conversación sostenida en la sesión.

Cuadro 4

29	Terapeuta:	Nos vamos a tomar un minutito. Yo no le voy a decir nada. Piense lo que quiera porque yo voy a leer lo que hemos conversado y le voy a entregar una retroalimentación.
30	Participante:	Bueno.
31		[Silencio en la habitación durante 1:20 min.]
32	Terapeuta:	Le voy a entregar un listado de lo que acabo de ver en esta conversación, ¿ya? La primera es la importancia que usted le da a la familia. Eso es maravilloso. La familia es la red de apoyo principal y para usted es un tesoro poder contar con ellos. Cúdelos, ámelos. Segundo, el trabajo. Me parece maravilloso que usted tome en cuenta que en base al trabajo es la forma en que usted va a poder salir a viajar, conocer, poder ayudar a su hija...Usted es una persona muy importante para ella [su hija]. Tercero, la seguridad de la que me habla, aliméntela, convéznase, convérsese a sí mismo y entréguese esa confianza. Que [usted] sí puede, que sí lo ha logrado. Lo otro, el autocontrol. Quiere decir que usted está tomando conciencia de los hechos antes de realizarlos. Muy bien, lo felicito. Lo último, que me gustó mucho, es el tema del deporte. Intente salir más en su bicicleta. Y como tarea [le voy a encomendar], uno, acordarse de la escala cada día. Donde 1 es lo peor que podría pasar y 10 es mi paraíso.
33	Participante:	Claro, [10 es] lo que necesito, lo que quiero. Eso me va a ayudar bastante, sí.

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 4 se muestra como hacia el final de cada sesión de TBCS, se solicita al usuario tomar un receso. En #29, la profesional anuncia: *“Nos vamos a tomar un minutito. Yo no le voy a decir nada. Piense lo que quiera porque yo voy a leer lo que hemos conversado y le voy a entregar una retroalimentación.”* Este receso es breve y puede ser

realizado incluso en la misma sala de atención. Lo importante es darse unos momentos de silencio donde la profesional pueda listar el máximo posible de fortalezas, recursos, excepciones al problema, y posibles soluciones conversadas en la sesión, con el fin de elaborar una retroalimentación de todos esos aspectos, que se transforma en un listado de elogios o cumplidos hacia la persona o familia (de Jong y Berg, 2012). Luego del receso, se retoma la conversación para dar esta retroalimentación, la cual se puede apreciar en #32. En #33 el consultante responde afirmativamente a la retroalimentación dada por la profesional con frases que reflejan sintonía y satisfacción: *“lo que necesito, lo que quiero. Es me va a ayudar bastante, sí”*.

4. Discusión y conclusiones

Este artículo sostiene que el consumo de alcohol es un problema de salud pública que es comúnmente abordado en la atención primaria de salud. El abordaje del consumo de alcohol en el sistema público es un tema poco estudiado en Chile y América Latina (González, Franklin, Cornejo, Castro, Smock-Jordan, 2017). Un estudio randomizado realizado por Poblete y colegas (2014) en Chile, muestra que una intervención motivacional breve no tuvo un impacto decisivo en el consumo de alcohol y que tampoco hubo diferencias significativas entre recibir un panfleto informativo y una intervención breve para el consumo de alcohol. El estudio piloto de TBCS en Chile (González, Geraldo, Estay y Franklin, 2017) muestra tendencias positivas en aumento de días de abstinencia y bienestar subjetivo de los participantes, además de disminución de consecuencias del uso de alcohol percibidas, después de una intervención de tres sesiones de TBCS, sin embargo, se requieren más estudios para sustentar la efectividad de los modelos. En el futuro, un estudio comparativo entre intervención motivacional breve y terapia breve centrada en las soluciones podría ayudar a dilucidar qué modelo es más efectivo en relación a los distintos niveles de severidad del consumo de alcohol.

Por otra parte, desde el punto de vista del cambio que las personas experimentan en terapia, es relevante considerar estudios de microanálisis que observan en detalle cómo se producen las conversaciones en terapia, mostrando las secuencias de los diálogos y los procesos de cambio que las personas experimentan a través del diálogo. Por ejemplo, Korman, Bavelas, y de Jong (2013) analizaron y compararon diálogos que ocurrieron en sesiones de terapia de entrevista motivacional, terapia cognitiva conductual y terapia breve

centrada en soluciones, y mostraron los procesos de cambio que ocurren a través de la conversación en cada uno de los modelos. Ese tipo de análisis es también relevante para comprender las diferencias que se dan en el uso del idioma entre las distintas aproximaciones teórico-prácticas que sostienen los modelos terapéuticos, lo cual se puede constituir en un material educativo para profesionales clínicos.

En esta línea y dado que la TBCS es una herramienta de intervención psicosocial que puede ser aplicada por trabajadores sociales para abordar el consumo de alcohol desde un enfoque clínico, surge como desafío fortalecer la formación de trabajadores sociales clínicos para que cuenten con herramientas y habilidades de intervención culturalmente sensibles, adecuadas a su contexto de intervención y que sean consistentes con los principios de la profesión. Como antes se señaló, la TBCS responde a estos desafíos y puede ser un modelo que los trabajadores sociales aprendan en una formación de especialización clínica avanzada.

Respecto al uso de estas estrategias terapéuticas, es importante mencionar que a pesar de que el trabajo social clínico ha sido invisibilizado por décadas (Huaiquiche y Bastías, 2016), las prácticas de trabajo social como atención directa de personas, familias y grupos permanecieron en la historia incluso durante el período post-reconceptualización, durante la dictadura, donde los y las trabajadores sociales fueron fundamentales en el acompañamiento de familiares de detenidos desaparecidos (Morales, 2010). Tras del regreso a la democracia, la profesión se fue instalando con más fuerza en los programas de apoyo psicosocial de los profesionales, especialmente el ámbito público. Todas estas experiencias avalan que las prácticas terapéuticas no se constituyen como una profesión por sí mismas ni pertenecen exclusivamente a una disciplina, sino que se entienden como estrategias de intervención que se pueden desplegar en espacios de trabajo interdisciplinar para lograr mejores resultados, tanto para los consultantes como para las instituciones (Muestieles, 2007).

El trabajo social, por tanto, es un aporte a la labor realizada en el sistema de atención pública en materia de salud mental, pues releva aspectos como la concepción del individuo como sujeto de derechos y de autodeterminación, que se desenvuelve en un entorno que representa su red de apoyo en el proceso de abandonar el consumo riesgoso de alcohol. Esto impacta directamente en la calidad de la atención brindada y en la satisfacción de aquellas personas que acuden a la APS, ya que las personas pasan de ser pacientes (en el sentido de quien espera) a ser protagonistas de su propio proceso. Lacerda, Bezerra, Dos Santos y Gondim (2017) mencionan que el sentirse respetado por el equipo de salud es un

factor importante, considerando que la intervención no sólo debe ser respetuosa con la autodeterminación de las personas, sino que requiere ser culturalmente sensible. Concordante con ello es la adaptabilidad de la TBCS, la cual se ha implementado en diversidad de contextos y culturas (Gingerich & Peterson, 2013; González, Franklin & Kim, 2016; Kim et al., 2015), siendo adaptada para hacerla lingüísticamente pertinente en Chile sin perder sus componentes fundantes (González, Geraldo, Estay y Franklin, 2017), los cuales buscan relevar lo que es importante para el sujeto de intervención y fomentar la autodeterminación a través del reconocimiento de lo que ya funciona en su vida (Bavelas et al., 2013; de Jong y Berg, 2012). Esto a su vez contribuye a brindar servicios de salud pública respetuosos con los derechos y la dignidad de las personas.

En síntesis, este artículo levanta tres desafíos principales. Primero, es necesario fortalecer el acervo de investigación disponible en el país con estudios cuantitativos y cualitativos que permitan constatar la efectividad y aplicabilidad de la TBCS y otros modelos para el abordaje del consumo de alcohol, siendo un tema de relevancia para la política pública de salud del país. Segundo, es importante avanzar en el reconocimiento y validación de trabajo social como una profesión que interviene clínicamente y por ello requiere formación especializada, donde la TBCS es una herramienta útil y consistente con los principios de la profesión. Y tercero, es imperativo que se extiendan oportunidades de formación terapéutica de pregrado y postgrado en trabajo social, donde un punto importante es la relación terapéutica con un otro que a su vez se relaciona con el mundo social en distintas dimensiones de la vida.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T. (1994). Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: Does dissuasion make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1127–1140. doi:10.1037/0022-006X.62.6.1127
- Baldwin, S., Wampold, B. & Imel, Z. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. DOI: 10.1037/0022-006X.75.6.842

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Oxford, England: Holt, Rinehart, y Winston.
- Basso, L., Mann, R., Strike, C., Brands, B. y Khenti, A. (2012). El distrés psicológico y abuso de drogas en pacientes en centros de tratamiento del gran Valparaíso-Chile: Implicaciones para las políticas y los programas. *Texto y Contexto Enfermagem*, 21, 114–123. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21nspe/v21nspea15.pdf>
- Bavelas, J., DeJong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerich, W. Kim, J., et al. (2013). *Solution-focused therapy. Treatment manual for working with individuals* (2nd Ed). New York, NY: Solution Focused Brief Therapy Association.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Berg, I. K., & Jong de, P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77, 376–390.
- Bien, T., Miller, W., y Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315–336. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x
- Brorson, H.H., Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K. y Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Castillo-Carniglia, A., Kaufman, J. S. & Pino, P. (2013). Alcohol attributable mortality and years of potential life lost in Chile in 2009. *Alcohol and Alcoholism*, 48, 729–736. DOI: 10.1093/alcalc/agt066
- Domenech, D., Mann, R., Strike, C., Brands, B. y Khenti, A. (2012). Estudio de la prevalencia de la comorbilidad entre el distrés psicológico y el abuso de drogas en usuarios del portal amarillo, Montevideo–Uruguay. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 174-184. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000500022yscript=sci_abstractytlng=es
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*: Springer Publishing Co.

- García Estrada, M., Mann, R., Strike, C., Brands, B. y Khenti, A. (2012). Comorbilidad entre el distrés psicológico y abuso/dependencia de drogas, ciudad de Guatemala – Guatemala. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21, 124-132. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000500016yscript=sci_arttext&lng=pt
- Gingerich, W. J. & Peterson, LT. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23, 266–283.
- González, K., Franklin, C., Cornejo, R., Castro, Y. & Smock Jordan, S. (2017). Solution-focused brief therapy for Chilean primary care patients: Exploring a linguistic adaptation. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 18(1), 103-128.
doi: 10.1080/15332640.2017.1310643
- González, K., Franklin, C. & Kim, J. (2016). Solution-focused brief therapy with Latinos: a systematic review. *Journal of Ethnic y Cultural Diversity in Social Work*, 25, 50–67.
doi:10.1080/ 15313204.2015.1131651
- González, K., Geraldo, P., Estay, M. & Franklin, C. (2017). Solution-Focused Brief Therapy for individuals with alcohol use disorders in Chile. *Research on Social Work Practice*, 20(10), 1-17. doi: <https://doi.org/10.1177/1049731517740958>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533- 545. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18426259>
- Huaiquiche, T. y Bastías, C. (2016). Trabajo Social y práctica clínica individualizada- familiar en salud mental: una mirada analítica y sociohistórica. *Revista electrónica de Trabajo Social* (Universidad de Concepción –Chile-), 13, 33- 50.
- Jong de, P. & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*: Cengage Learning.
- Kim, J. S., Franklin, C., Zhang, Y., Liu, X., Qu, Y., & Chen, H. (2015). Solution-focused brief therapy in China: A meta-analysis. *Journal of Ethnic y Cultural Diversity in Social Work*, 24, 187–201.

- Korman, H., Bavelas, J. B. & Jong de, P. (2013). Microanalysis of formulations in solution-focused brief therapy, cognitive behavioral therapy, and motivational interviewing. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 31-45.
- Lacerda, A., Bezerra, L., dos Santos, L. y Gondim, A. (2017). Factores asociados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), 1-15.
- Lewis, T.F. & Osborn, C. (2004). Solution-Focused Counseling and Motivational Interviewing: A Consideration of Confluence. *Journal of Counseling y Development*, 82, 38-48. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00284.x
- Ley 19.966 / 2004, 3 de septiembre, Establece un régimen de Garantías en Salud. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, 37-50. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997780>
- Merchán-Hamann, E., Leal, E., Basso, L., García Estrada, M., Reid, P., Vladimirovna, K., et al. (2012). Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico en siete países de Latinoamérica y uno del Caribe. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 87-95. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/33545037.pdf>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. New York, NY: Guilford.
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Aprueba orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud*. Resolución exenta n° 389. Recuperado de https://docs.wixstatic.com/ugd/27eaf7_da6a3e42c8f848a595f5fa2ed07bc555.pdf
- Minoletti, A., Rojas, G., y Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20, 440–447. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a06.pdf>
- Morales, P. (2010) “Se hace camino al andar...” Trabajo social y derechos humanos en Chile: de la atención de casos a la denuncia documentada, 1973-2003. En M. González (Ed.). *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos*. Universidad Santo Tomás. Ediciones Técnicas de Educación Superior.

- Muestieles, D. (2007). *La entrevista psicosocial: procesos y procedimientos*, Madrid: Grupo 5.
- Organización Mundial de Salud –OMS- (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. Geneva, Switzerland: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=18ADE12FEB647449107081BBF8DC526F?sequence=1
- _____ (2019). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión 04/2019). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Poblete, F., Galarce, M., Zuzulich, M. S. y Villarroel, L. (2014). *Efectividad de una intervención breve asociada a un test de screening (ASSIST) para usuarios con riesgo intermedio en consumo de alcohol y sustancias*. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Estudios de Adicciones, Senda-Chile.
- Prieto Lopéz, R., Brands, B., Strike, C., Mann, R. y Khenti, A. (2012). Estudio de la comorbilidad entre el estrés psicológico y abuso de drogas en pacientes en dos centros de tratamiento, Asunción-Paraguay. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 168-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000500021>
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 619-626. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90003-L](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(93)90003-L)
- Rojas, G., Gaete, J., Guajardo, V., Martínez, V., Barroilhet, S., Meneses, J., Fritsch, R. y Araya, R. (2012). Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 140, 184–191. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n2/art06.pdf>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2012). *Normas y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento para personas adultas con problemas de rivasos del consumo de drogas*. Convenio de Colaboración SENDA-MINSAL.
- Shazer de, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York, NY: W.W. Norton y Company.

Shield, K., Monteiro, M., Roerecke, M., Smith, B. & Rehm, J. (2015). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: Implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(6), 442-9.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse* (Vol. 34). Rockville, MD: National Institutes of Health.

Toledo, F., Pizarro, E. y Castillo-Carniglia, A. (2015). *Consumo de alcohol y violencia en la pareja*. Boletín N° 20, SENDA. Recuperado de

<http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin%2020%20Consumo%20de%20alcohol%20y%20violencia%20en%20la%20pareja.pdf>

Trepper, T., McCollum, E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W. & Franklin, C. (2012). Solution-focused brief therapy treatment manual. In Franklin, C., Trepper, T., Gingerich, W., McCollum, E. (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice* (pp. 20-36). New York, NY: Oxford University Press.

Vizcarra, M. B., Cortés, M., Bustos, L., Alarcón, M. y Muñoz, S. (2001a). Maltrato infantil en la ciudad de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista Médica de Chile*, 129 (12), 1425–1432. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200008>

_____ (2001b). Violencia conyugal en la ciudad de Temuco: Un estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista Médica de Chile*, 129, 1405–1412. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n2/art06.pdf>

Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.

¹ La medida estándar de una bebida alcohólica contiene 10 gramos de alcohol.

² Ansias o deseos intensos por consumir la sustancia.

³ Percepción de bienestar individual, interpersonal (familia y amigos) social (trabajo y entorno social) y general.