



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**EVALUACIÓN DE UN MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL
MOTIVACIONAL DE ATENCIÓN ESCALONADA
PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
CON PROBLEMAS DE ALCOHOL***

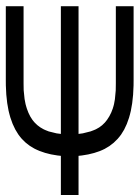
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
**MTRO. HORACIO OSCAR FRANCISCO ISMAEL
QUIROGA ANAYA**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO:

DIRECTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

**COMITÉ: DRA. MARÍA ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA
DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. MARÍA GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ**

México, D.F., 2008



***Esta tesis se realizó, en parte, con financiamiento del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT), mediante la Beca No. 1732345 otorgada durante los años de 2002 a 2006**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A la Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
Mi alma Mater

A la memoria de mis padres Octavio y Camerina
A mis hermanos Blanca, Octavio, Linda y Olivia
A mi esposa Ángeles y a mis hijos Angie y Horacio

A la memoria del Dr. Héctor Ayala Velázquez

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, mi Tutor Principal, por su generosidad y bonhomía al haberme invitado a realizar estudios de doctorado y aceptarme en su “pandilla”, así como por todo su apoyo, confianza, conocimientos y asesoría académica inmejorable que me brindo a lo largo de dichos estudios.

A la Dra. María Elena Medina-Mora, mi Tutora Adjunta, por el honor que me concedió, al haber aceptado amablemente tan delicada responsabilidad, la cual desempeñó con eficacia y consideración hacia mi persona, a pesar de sus altas y demandantes responsabilidades académicas y profesionales en organismos nacionales e internacionales.

Al Dr. Carlos Aparicio Naranjo, mi Tutor Externo, por el apoyo que me brindó a lo largo de mis estudios de doctorado, así como por sus comentarios sobre aspectos teóricos y metodológicos que permitieron mejorar el diseño de investigación y definición de conceptos.

Al Dr. Guilherme Guimaraez Borgés, jurado en mis exámenes y evaluaciones, por sus observaciones sobre aspectos estadísticos a emplear en la investigación, lo que permitió considerar técnicas y análisis estadísticos adecuados.

A la Dra. Sara Eugenia Cruz Morales, miembro de mi Comité Tutoral, por sus observaciones conceptuales y de estilo, que permitió mejorar la presentación de la disertación doctoral, así como por su amistad, apoyo y confianza.

Al Dr. Ariel Vite Sierra y a la Dra. Georgina Cárdenas López, miembros de mi Comité Tutoral, por su amistad, confianza, apoyo y retroalimentación que permitió mejorar la presentación de la presente disertación doctoral.

A los doctores Alan Marlatt, Mark y Linda Sobell, William Miller, Linda Dimeff, Carolina Yahne y Hellen Annis por sus enseñanzas, instrumentos, manuales y/o artículos facilitados de manera generosa que permitió contar con la base científica, técnica y profesional que le dio sustento a la presente disertación doctoral.

A la Mtra. María Guadalupe Vital Cedillo por su apoyo en numerosas actividades de diseño, traducción, graficación, captura de datos y ejecución de programas estadísticos asesorados estos últimos por el Lic. Humberto Zepeda, a quien también hago extensivo mis agradecimientos.

A las licenciadas Teresita Cabrera Arteaga y Verónica Montes Castro, terapeutas del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, por su participación responsable y comprometida. Y por supuesto, a los 18 estudiantes participantes por su compromiso y confianza depositados, sin los cuales esta investigación no podría haberse realizado.

Finalmente, al Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su apoyo financiero para la realización de la investigación, a través de la beca No. 1732345.

ÍNDICE

	Págs.
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Epidemiología de los Problemas de Alcohol y Problemas Relacionados con el Consumo en Estudiantes Universitarios	16
1.1. Problemas de alcohol	16
1.1.1. Consumo excesivo: Definición y prevalencia	16
1.1.2. Abuso: Definición y prevalencia	17
1.1.3. Dependencia: Definición y prevalencia	18
1.2. Problemas relacionados con el consumo	21
1.2.1. Daños a sí mismos	21
1.2.1.1. Deterioro académico	21
1.2.1.2. Pérdida temporal de la memoria	22
1.2.1.3. Daños personales	22
1.2.1.4. Enfermedad física	22
1.2.1.5. Actividad sexual no planeada y sin protección	22
1.2.1.6. Coacción, ataque sexual y relación con la victimización de la violación	22
1.2.1.7. Deterioro en el manejo del automóvil	23
1.2.1.8. Repercusiones legales	23
1.2.1.9. Deterioro en la actividad atlética	23
1.2.2. Daños a otras personas y a la propiedad	23
1.2.2.1. Daño a la propiedad y vandalismo	24
1.2.2.2. Agresión, peleas y violencia Interpersonal	24
1.2.2.3. Violencia sexual	24
1.2.2.4. Otras perturbaciones potenciales	25
1.2.3. Daños y costos a nivel institucional	25
1.2.3.1. Daño a la propiedad dentro del campus	25
1.2.3.2. Tasas de fracaso y abandono escolar	25
1.2.3.3. Costos en pérdida de tiempo y estrés del personal	25
1.3. Los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo en el sector estudiantil universitario de la ciudad de México y de la UNAM	26
Factores Involucrados en los Problemas de Alcohol en Estudiantes Universitarios	28
2.1. Factores individuales	28
2.1.1. Factores biológicos	28
2.1.1.1. Genética	28
2.1.2. Factores psicológicos	30
2.1.2.1. Características de personalidad	30
2.1.2.1.1. Impulsividad/desinhibición	30
2.1.2.1.2. Extroversión/sociabilidad	31
2.1.2.1.3. Neuroticismo/emocionalidad	31

2.1.2.1.4. Religiosidad/conventionalidad	31
2.1.2.2. Regulación de estados emocionales negativos	32
2.1.2.2.1. Estrés, depresión y ansiedad	32
2.1.2.2.2. Baja autoestima	32
2.1.2.3. Expectativas hacia el alcohol	32
2.1.2.4. Normas percibidas hacia el consumo de alcohol	34
2.1.2.5. Motivos para el consumo de alcohol	35
2.1.2.6. Transiciones del desarrollo y estrés acumulativo	37
2.1.2.6.1. Modelo sobrecargado	37
2.1.2.6.2. Modelo de desarrollo desigual	37
2.1.2.6.3. Modelo de heterogeneidad aumentada	38
2.1.2.6.4. Modelo de transición catalizada	38
2.1.2.6.5. Modelo de vulnerabilidad incrementada a los eventos azarosos	38
2.1.2.6.6. Patrón de problemas de alcohol limitado al desarrollo	40
2.2. Factores grupales	40
2.2.1. Institucionales	40
2.2.1.1. Afiliación social	41
2.2.1.2. Organizaciones estudiantiles y actividades atléticas	41
2.2.1.3. Contexto social para el consumo de alcohol	43
2.2.1.4. Juegos de consumo	44
Enfoques para Abordar los Problemas de Alcohol y Problemas Relacionados Con el Consumo en Estudiantes Universitarios	47
3.1. Modelo ecológico-social	47
3.1.1. Cambio ambiental	47
3.1.1.1. Políticas ambientales	47
3.1.1.1.1. Estrategia legal-restricción del suministro de alcohol a menores de edad	47
3.1.1.1.2. Estrategia legal-reducción de los problemas de alcohol	48
3.1.1.1.3. Estrategia legal-reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol	48
3.1.1.1.4. Legal-disminución del rol del alcohol y promoción de la academia y ciudadanía	48
3.1.1.1.5. Publicidad y contra-publicidad	49
3.1.2. Intervenciones comunitarias de promoción a la salud	49
3.1.3. Énfasis en las expectativas hacia el alcohol y estándares de logro académico	50
3.1.4. Enfoques individuales de prevención y tratamiento	50
3.1.4.1. Descripción y eficacia general de los enfoques de prevención y tratamiento en la reducción del consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo en estudiantes universitarios	51
3.1.4.1.1. Programas educacionales/concientización	52
3.1.4.1.1.1. Programas de información/conocimiento	52
3.1.4.1.1.2. Programas de clarificación de valores	53
3.1.4.1.1.3. Programas de reeducación normativa	53
3.1.4.1.2. Programas cognitivo-conductuales de entrenamiento en destrezas	55
3.1.4.1.2.1. Marco teórico y metodológico	55

3.1.4.1.2.1.1. Antecedentes, fundamentos teóricos, metodológicos y aplicados del enfoque cognitivo-conductual	56
3.1.4.1.2.1.1.1. La teoría de aprendizaje social y los problemas de alcohol	57
3.1.4.1.2.1.1.1.1. Procesos atribucionales	60
3.1.4.1.2.1.1.1.2. Valoración cognitiva	62
3.1.4.1.2.1.1.1.3. Expectativas de autoeficacia	63
3.1.4.1.2.1.1.1.4. Expectativas de efectos relacionados con el alcohol	63
3.1.4.1.2.1.1.1.5. El análisis funcional	67
3.1.4.1.2.1.1.1.6. Entrenamiento en destrezas de Enfrentamiento	68
3.1.4.1.2.1.1.1.7. Prevención de recaídas	71
3.1.4.1.3. Programas de incremento motivacional/retroalimentación	81
3.1.4.1.4. Programas cognitivo-conductuales motivacionales	93
3.1.4.1.5. Modelos cognitivo-conductuales motivacionales de atención escalonada	104
3.1.4.1.6. El Método de igualación cliente-tratamiento	107
3.1.4.1.6.1. Severidad del problema de alcohol	108
3.1.4.1.6.2. Problemas que subyacen al consumo	109
3.1.4.1.6.3. Problemas de patología y amplio espectro	109
3.1.4.1.6.4. Metas de tratamiento	110
3.1.4.1.6.5. Deterioro neuropsicológico	110
3.1.4.1.6.6. Historia familiar de problemas de alcohol	111
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN	113
MÉTODO	120
5.1. Participantes	120
5.2. Escenario	120
5.3. Materiales	122
5.3.1. Instrumentos de evaluación	122
5.3.1.1. Descripción breve de los instrumentos de evaluación	122
5.3.2. Manuales de entrenamiento para los terapeutas	125
5.4. Diseño de Investigación	129
5.5. Variables	130
5.5.1. Variables independientes	130
5.5.2. Variables dependientes	136
5.6. Procedimiento	139
5.7. Seguimiento	150
5.7.1. Medidas obtenidas durante el seguimiento	150
5.7.2. Actividades realizadas durante el seguimiento	151
ANÁLISIS DE DATOS	152
RESULTADOS	155
7.1. Investigación de la hipótesis de igualación historia familiar de problemas de alcohol en los resultados del modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada...	155
7.2. Evaluación de la eficacia clínica general y específica del modelo	

cognitivo-conductual de atención escalonada...	177	
7.3. Resultados individuales y de la eficacia clínica y estadística a nivel sub-grupal	189	
DISCUSIÓN	219	
8.1. Efecto Interactivo de la hipótesis historia familiar de problemas de alcohol sobre los resultados generales y específicos del modelo	219	
8.1.1. Grado de igualación cliente-tratamiento de los programas Específicos que integran el modelo	221	
8.1.2. Grado de severidad de la problemática de la población Participante	222	
8.1.3. Limitaciones en la investigación de la hipótesis de historia familiar de problemas de alcohol sobre los resultados del tratamiento	223	
8.1.4. Conclusiones sobre la investigación de la hipótesis historia familiar de problemas de alcohol sobre los resultados del tratamiento	225	
8.2. Eficacia clínica del modelo y eficacia clínica y significancia estadística de los programas específicos que lo integran	225	
8.2.1.0. Resultados generales del modelo...	225	
8.2.1.1. Resultados específicos del modelo...	227	
8.2.2.0. Diferencias de los resultados entre los tratamientos específicos...	229	
8.2.3.0. Resultados de la combinación de las distintas variables...	232	
8.2.4.0. Limitaciones de la evaluación de la eficacia clínica y estadística...	232	
8.2.5.0. Conclusiones sobre la evaluación de la eficacia clínica y estadística del modelo y programas específicos que lo integran	233	
8.3. Perspectivas actuales y a futuro	233	
REFERENCIAS	237	
ANEXOS		
ANEXO 1. Instrumentos Generales de la Evaluación Diagnóstica-Prescriptiva para la Derivación Terapéutica a los Tratamientos Específicos del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada	265	
EDP	Entrevista Diagnóstico Prescriptiva	266
TWEAK	Instrumento para Detectar Problemas de Alcohol	283
AUDIT-C	Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol	285
CAGE	Instrumento para Detectar Abuso y Dependencia al Alcohol	287
SCID-VA	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos por Abuso y Dependencia al Alcohol del DSM-IV	289
EDA	Escala de Dependencia al Alcohol	306
CAF	Cuestionario del Árbol Familiar para Evaluar Historia Familiar de Problemas de Alcohol	312
IPAR	Índice de Problemas de Alcohol Rutgers	315
PDP	Prueba de Pistas para Evaluar Deterioros Cognitivos derivados del Abuso Crónico de Alcohol	318
LIBARE-A	Línea Base Retrospectiva- Alcohol	323
BDI	Inventario de Depresión de Beck	334
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck	338
FCIE-DIBAEU	Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estu-	

	diantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso y Dependencia Leve	340
FCIE-TAGEU	Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del Programa de Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada	341
FCIE-PEREU	Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol	342
FCI-DIBAEU	Forma de Consentimiento Informado del Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso y Dependencia Leve	343
FCI-TAGEU	Forma de Consentimiento Informado del Programa de Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada	345
FCI-PEREU	Forma de Consentimiento Informado del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Problemas de Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol	347
ANEXO 2. Instrumentos de Evaluación Específica y General para la Planeación Seguimiento y Evaluación del Tratamiento		349
ACC-A	Algoritmo de Compromiso para el Cambio-Alcohol	350
ISCD-A-50	Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol	352
CCCD-A-50	Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol	363
CSU	Cuestionario de Satisfacción del Usuario	373
ESU	Entrevista de Seguimiento del Usuario	375
ESC	Entrevista de Seguimiento del Colateral	383
ANEXO 3. Guías de los Programas de Tratamiento Específico del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada		389
3.1.	Guía del Programa de “Detección e Intervención Breve de Alcohol Para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU)”.	390
3.2.	Guía del Programa de “Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU)”.	448
3.3.	Guía del Programa de “Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol (PEREU)”.	468
ANEXO 4. Tablas Estadísticas		506
Tabla 7.	Frecuencia de Consumo Semanal General	507
Tabla 8.	Cantidad por Ocasión de Consumo General	508
Tabla 9.	Cantidad de Consumo Semanal General	509

Tabla 10.	Frecuencia de Consumo Semanal Especifica por Sub-Grupos	510
Tabla 11.	Cantidad por Ocasión de Consumo Especifica por Sub-Grupos	512
Tabla 12.	Cantidad de Consumo Semanal Especifica por Sub-Grupos	514
Tabla 13.	Frecuencia de Consumo Semanal por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Especifica)	516
Tabla 14.	Cantidad por Ocasión de Consumo por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Especifica)	519
Tabla 15.	Cantidad de Consumo Semanal por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Especifica)	522

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO	NOMBRE	PÁG.
FIGURA 1.	Modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol.	146
FIGURA 2.	Resultados comparación general de los patrones de consumo y problemas asociados de los Grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (G-SHFPA) y (G-CHFPA), respectivamente.	160
FIGURA 3.	Resultados comparación específica de los patrones de consumo y problemas asociados de los Sub-grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (1A-SHFPA) y (1B-CHFPA), respectivamente, del programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios con consumo excesivo, abuso y dependencia leve (DIBAEU).	166
FIGURA 4.	Resultados comparación específica de los patrones de consumo y problemas asociados de los Sub-grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (2A-SHFPA) y (2B-CHFPA), respectivamente, del programa de tratamiento de auto-cambio guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU).	171
FIGURA 5.	Resultados comparación específica de los patrones de consumo y problemas asociados de los Sub-grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (3A-SHFPA) y (3B-CHFPA), respectivamente, del programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con problemas de dependencia sustancial o severa al alcohol (PEREU).	176
FIGURA 6.	Resultados eficacia clínica general sobre los patrones de consumo y problemas asociados.	179
FIGURA 7.	Resultados eficacia clínica específica sobre los patrones de consumo y problemas asociados de los Sub-grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (1A-SHFPA) y (1B-CHFPA), respectivamente, del programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios con consumo excesivo, abuso y dependencia leve (DIBAEU).	182
FIGURA 8.	Resultados eficacia clínica específica sobre los patrones de consumo y problemas asociados de los Sub-grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (2A-SHFPA) y 2B-CHFPA), respectivamente, del programa de tratamiento de auto-cambio guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU).	185
FIGURA 9.	Resultados eficacia clínica específica sobre los patrones de consumo y problemas asociados de los Sub-grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (3A-SHFPA) y (3B-CHFPA), respectivamente, del programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con problemas de dependencia sustancial o severa al alcohol (PEREU).	188
FIGURA 10.	Número de copas estándar consumidas diariamente por el Sub-grupo Sin Historia Familiar de Problemas de Alcohol (1A-SHFPA) del programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios con consumo excesivo, abuso o dependencia leve (DIBAEU).	193
FIGURA 11.	Número de copas estándar consumidas diariamente por los participantes del Sub-grupo Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (1B-CHFPA) del programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios con consumo excesivo, abuso o dependencia leve (DIBAEU).	198

- FIGURA 12. NÚMERO DE COPAS ESTÁNDAR CONSUMIDAS DIARIAMENTE POR LOS PARTICIPANTES DEL SUB-GRUPO SIN HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL (2A-SHFPA) DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE AUTO-CAMBIO GUIADO PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS BEBEDORES PROBLEMA CON DEPENDENCIA MODERADA (TAGEU). 203
- FIGURA 13. Número de copas estándar consumidas diariamente por los participantes del Sub-grupo Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (2B-CHFPA) del programa de tratamiento de auto-cambio guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU). 208
- FIGURA 14. Número de copas estándar consumidas diariamente por los participantes del Sub-grupo Sin Historia Familiar de Problemas de Alcohol (3A-SHFPA) del programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con problemas de dependencia sustancia o severa al alcohol (PEREU). 213
- FIGURA 15. Número de copas estándar consumidas diariamente por los participantes del Sub-grupo Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol (3B-CHFPA) del programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con problemas de dependencia sustancial o severa al alcohol (PEREU). 218

ÍNDICE DE TABLAS

NÚMERO	NOMBRE	PÁG.
TABLA 1.	Características de los participantes y de los tratamientos.	121
TABLA 2.	Instrumentos de evaluación diagnóstica y de resultados (1), (2), (3) y (4).	127- 129
TABLA 3.	Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los Grupos Sin y Con Historia Familiar de Problemas de Alcohol G-SHFPA y G-CHFPA, respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.	159
TABLA 4.	Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los Sub-grupos Con y Sin Historia Familiar de Problemas de Alcohol 1A-SHFPA y 1B-CHFPA, del programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios con consumo excesivo, abuso o dependencia leve (DIBAEU) con respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.	165
TABLA 5.	Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los Sub-grupos Con y Sin Historia Familiar de Problemas de Alcohol 2A-SHFPA y 2B-CHFPA, respectivamente, del programa de tratamiento de auto-cambio guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU), con respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.	170
TABLA 6.	Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los Sub-grupos Con y Sin Historia Familiar de Problemas de Alcohol 3A-SHFPA y 3B-CHFPA, respectivamente, del programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con dependencia sustancial o severa al alcohol (PEREU), con respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.	175
TABLA 7.	Frecuencia de Consumo Semanal General	506
TABLA 8.	Cantidad por Ocasión de Consumo General	508
TABLA 9.	Cantidad de Consumo Semanal General	509
TABLA 10.	Frecuencia de Consumo Semanal Específica por Sub-Grupos	510
TABLA 11.	Cantidad por Ocasión de Consumo Específica por Sub-Grupos	512
TABLA 12.	Cantidad de Consumo Semanal Específica por Sub-Grupos	514
TABLA 13.	Frecuencia de Consumo Semanal por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Específica)	516
TABLA 14.	Cantidad por Ocasión de Consumo por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Específica)	519
TABLA 15.	Cantidad de Consumo Semanal por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Específica)	522

RESUMEN

Se informa de la evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (Quiroga, 2003p), en reducir los patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo en 18 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes voluntariamente solicitaron atención (12 hombres y 6 mujeres). El promedio de edad fue de 24.4 años ($DE = 5.2$, rango = 18-35 años); todos consumían alcohol, presentando diagnósticos cuyo espectro abarcó desde abuso hasta dependencia sustancial, contando con 14.2 años de escolaridad, en promedio ($DE = 0.6$, rango = 13-15 años). Se cuidó que los participantes no presentaran alguna enfermedad física grave, no requirieran internamiento ni presentaran otros trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV, y en el caso de las mujeres además, que no estuvieran preñadas o en periodo de lactancia, administrándoseles la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV Eje I Trastornos-Alcohol (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999). Los participantes fueron igualados con los perfiles de los programas específicos de tratamiento considerados por dicho Modelo (BASICS; Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt, 1999; GSC; Sobell & Sobell, 1993a; y SRP; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996c, traducidos y adaptados al español), con base en la severidad y cronicidad de sus problemas de alcohol, patrones de consumo, problemas relacionados con el consumo, deterioro neuropsicológico y metas de tratamiento, a fin de contar con una correspondencia entre la modalidad de intervención y el tipo de consumidor. Los hallazgos indican que el Modelo cuenta con una alta eficacia clínica en reducir los problemas de alcohol al año de seguimiento, en términos de los patrones de consumo reportados en la "cantidad de consumo de alcohol por ocasión" (de 7.7 a 3.5 copas estándar) y en la "cantidad de consumo semanal de alcohol" (de 23.1 a 8.5 copas estándar), pero no en la "frecuencia de consumo semanal de alcohol" (de 2.9 a 2.5 días). De igual manera, en relación con los problemas relacionados con el consumo, el Modelo mostró una alta eficacia clínica en reducirlos al año de seguimiento, en términos del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (de 10.7 a 3.7) y de la Escala de Dependencia al Alcohol (de 14.7 a 3.1). Resultados similares se encontraron con respecto a la eficacia clínica y significancia estadística en reducir los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo con los tres programas específicos de tratamiento que integran el modelo.

Por otro lado, también se informa de los resultados obtenidos en la investigación del efecto de la "historia familiar de problemas de alcohol" sobre los resultados del tratamiento, para lo cual, se empleó el Cuestionario del Árbol Familiar (FTQ; Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985). Los resultados indican que ésta tuvo efectos estadísticamente significativos sobre los resultados generales y específicos obtenidos al año de seguimiento, pero solo en dos de las tres medidas del patrón de consumo de alcohol investigadas, a saber: "frecuencia de consumo de alcohol a la semana" ($\bar{X} = 2.62$; $DE = 0.51$) > ($\bar{X} = 2.42$; $DE = 0.52$), $t(484) = -4.10$, $p = .00$, y "cantidad de consumo de alcohol a la semana" ($\bar{X} = 9.07$; $DE = 2.65$) > ($\bar{X} = 8.44$; $DE = 2.57$), $t(484) = -2.67$, $p = .00$, más no así en la medida de "cantidad de consumo de alcohol por ocasión" ($\bar{X} = 3.45$; $DE = 0.61$) < ($\bar{X} = 3.48$; $DE = 0.55$), $t(1209) = .86$, $p = .38$, que conjuntamente con las dos primeras medidas conforman el patrón de consumo, ni en los problemas relacionados con el consumo medidos por el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (3.4 vs. 4.0) y la Escala de Dependencia al Alcohol (3.0 vs. 3.2), concluyéndose así, que dicha variable afectó solo parcialmente los resultados generales del Modelo relativos a los patrones de consumo de alcohol, más no así los relativos a los problemas relacionados con el consumo, destacando, así, la pertinencia de los análisis multivariado y paramétrico realizados, así como de los seguimientos efectuados al mes, tres, seis y doce meses. Finalmente, se discuten los resultados obtenidos en términos de sus implicaciones clínicas y se señalan las principales limitaciones de la presente investigación, presentándose las perspectivas actuales y a futuro.

Palabras Clave: modelo cognitivo-conductual motivacional, atención escalonada, problemas de alcohol, estudiantes universitarios, igualdad cliente-tratamiento

ABSTRACT

The present research evaluated a stepped-care cognitive-behavioral motivational model for college students with alcohol problems (Quiroga, 2003p) by means of a modified "Multiple Base Line Design across Subjects", in reducing alcohol consumption patterns and consumption related problems in 18 students of the National Autonomous University of Mexico, who voluntarily requested attention (12 men and 6 women). The mean age was 24.4 years ($SD = 5.2$, range = 18-35 years); all students consumed alcohol, presenting diagnoses whose spectrum embraced from abuse to substantial dependence, having 14.2 years of education, on the average ($SD = 0.6$, range = 13-15 years). We took care that the participants didn't present any severe physical illness, they didn't require inpatient treatment neither they presented other psychiatric disorder of the Axis I of DSM IV, and in the case of women also that they were not pregnant or in period of nursing, applying a spanish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Alcohol (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999). The participants were matched to the profiles of the specific treatment programs considered by this Model (BASICS; Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt, 1999; GSC; Sobell & Sobell, 1993a; and SRP; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996c, with spanish translated and adapted versions), based on the severity and chronicity of their alcohol problems, consumption patterns, consumption related problems, neuropsychological impairment and treatment goals, in order to have a correspondence between type of modality and type of consumer. The results of the present Model showed a high clinical efficacy in reducing alcohol problems at the one year follow-up, in terms of consumption patterns reported in the "quantity of alcohol consumption per occasion" (from 7.7 to 3.5 standard drinks) and in the "quantity of weekly alcohol consumption" (from 23.1 to 8.5 standard drinks) measures, but not in the "frequency of weekly alcohol consumption" (from 2.9 to 2.5 days). This Model also showed a high clinical efficacy in reducing alcohol consumption related problems at the one year follow-up, based in spanish translated versions of the Rutgers Alcohol Problem Index (from 10.7 to 3.7) and of the Alcohol Dependence Scale (from 14.7 to 3.1). Similar results were found with regard to the clinical efficacy and statistical significance in reducing alcohol problems and consumption related problems with each one of the three specific treatment programs that conform the present Model.

On the other hand, it is also reported the results obtained in the investigation of the effect of the "family history of alcohol problems" on the treatment outcomes, for that which, a spanish translated and adapted version of the Family Tree Questionnaire (FTQ; Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985) was used. The results indicated that this variable had significant statistically effects on the general and specific results obtained at the one year follow-up, but only in two of three following alcohol consumption measures investigated: "frequency of alcohol week consumption" ($\bar{X} = 2.62$; $SD = 0.51$) > ($\bar{X} = 2.42$; $SD = 0.52$), $t(484) = - 4.10$, $p = .00$ and "quantity of alcohol week consumption" ($\bar{X} = 9.07$; $SD = 2.65$) > ($\bar{X} = 8.44$; $SD = 2.57$), $t(484) = - 2.67$, $p = .00$, but not in the measure of "quantity of alcohol consumption per occasion" ($\bar{X} = 3.45$; $SD = 0.61$) < ($\bar{X} = 3.48$; $SD = 0.55$), $t(1209) = .86$, $p = .38$, that jointly with the first two measures conform the consumption pattern, neither in the consumption related problems measured by the Rutgers Alcohol Problem Index (3.4 vs. 4.0) and in the Alcohol Dependence Scale (3.0 vs. 3.2), being concluded this way that this variable affected only partially the general results of the Model related to alcohol consumption patterns, but not to the consumption related problems, highlighting, this way, the relevancy of the multivariate and parametric analyses carried out, as well as the implementation of the follow-up made at one, three, six and twelve months. Finally, the results obtained are discussed in terms of their clinical implications and main methodological limitations and conclusions of the present research and the actual and future perspectives are addressed.

Key Words: motivational cognitive-behavioral model, stepped-care, alcohol problems, college students, client treatment-matching

INTRODUCCIÓN

En México, los problemas de alcohol¹ son considerados como problemas sociales y de salud pública debido a que, la severidad de sus consecuencias, ha sido relacionada con cinco de las 10 principales causas de defunción: las enfermedades del corazón, los accidentes, la patología cerebrovascular, la cirrosis hepática, los homicidios y las lesiones en riña (Narro, Manuell & Gutiérrez, 2001; Tapia, Medina-Mora & Cravioto, 2001).

Indicadores epidemiológicos muestran que, en las últimas décadas, se ha observado un crecimiento importante en el consumo de bebidas con alcohol entre la población mexicana femenina y masculina, adolescente y joven de todas las edades, cuyo patrón de consumo ha sido descrito como episódico y explosivo, ya que se observa con poca frecuencia, pero con grandes cantidades consumidas en las ocasiones de consumo (Medina-Mora, Natera & Borges, 2002).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-2002) poco más de 14 millones de personas (14, 261,752) consumieron alcohol de manera excesiva, al beber bajo patrones que pusieron en riesgo su salud y la de terceros, ya que ingirieron 5 copas o más por ocasión de consumo; de éstos, 3'226,490 lo hicieron, por lo menos, una vez a la semana. Esta práctica fue significativamente más frecuente en los varones (27.7%) que en las mujeres (5.9%). De manera global, el consumo con patrones de riesgo en varones adultos en comunidades urbanas fue de 40% (Medina-Mora et al., 2002).

Con respecto a los niveles de dependencia al alcohol se informa, en dicha encuesta, que una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años de edad (2'841,303) señaló haber experimentado tres o más síntomas de dependencia. Concretamente, 10.6% de la población total entrevistada indicó haber bebido más cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba, 8% reportó haber experimentado síntomas de abstinencia y 4.8% de tolerancia. Un análisis por género, a nivel nacional, muestra una prevalencia de dependencia al alcohol de 9% en varones y 1% en mujeres, de entre 18 a 65 años de edad, que viven en zonas urbanas del país, en tanto que en la ciudad de México los índices alcanzan 9.2% y 1.9%, respectivamente (Medina-Mora et al., 2002).

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol también fueron importantes, 7% de la población de bebedores reportó discusiones o peleas con el(la) compañero(a) mientras estaba tomando, 2% admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo, después de beber, y el 4.6% tuvo problemas con las

¹ El término problema de alcohol se refiere a cualquier problema relacionado con el consumo de alcohol que pueda requerir algún tipo de intervención o tratamiento. Los problemas de alcohol varían en duración (esto es, son agudos, intermitentes o crónicos) y en severidad (esto es, su rango va de leve a severo). Las personas que consumen alcohol pueden, en ocasiones, consumir alcohol en niveles que constituyen un riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. Tales consumidores riesgosos experimentan típicamente problemas de alcohol intermitentes cuyo rango va de leve a moderado. Las personas que han sido clínicamente diagnosticadas con abuso o dependencia al alcohol pueden experimentar problemas crónicos más severos (Instituto de Medicina, 1990).

autoridades cuando no iba conduciendo. Cabe señalar, que estos problemas fueron considerablemente más frecuentes entre la población que reportó haber experimentado 3 o más síntomas de dependencia. (Medina-Mora et al., 2002).

Al igual que en la población en general, el conocimiento de la existencia de problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo no son fenómenos recientes en una gran mayoría de los campi universitarios a nivel nacional e internacional, así por ejemplo, en los Estados Unidos se tienen informes anecdóticos desde hace muchos años y documentos que lo avalan, por lo menos, desde hace 50 años (Goldman, 2002), en tanto que en México la información documentada se remonta, por lo menos, 25 años atrás. La Investigación reciente señala que, aproximadamente, un 85% de los estudiantes universitarios estadounidenses bebe alcohol; cerca de un 70% lo consume mensualmente y alrededor de un 40% se involucra en su consumo episódico excesivo (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2005), en tanto que en la contraparte mexicana, aproximadamente un 65% de los estudiantes universitarios bebe alcohol, cerca de un 35% lo consume mensualmente y alrededor de un 30% se involucra en su consumo episódico excesivo (Examen Médico Automatizado [EMA], 2005; Mora-Ríos & Natera, 2001; Quiroga, Mata, Zepeda, Cabrera, Herrera et al., 2003c).

El consumo excesivo de alcohol² entre los estudiantes universitarios, suele encontrarse asociado, en menor o mayor grado, dependiendo del país y universidad en cuestión, con una variedad de consecuencias adversas: heridas fatales y no fatales, envenenamiento con el alcohol, olvidos, fracaso académico, violencia, incluyendo a la violación y asaltos, preñez no deseada, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo HVI/SIDA, daño a la propiedad y consecuencias vocacionales y criminales que podrían poner en riesgo proyectos laborales futuros. El impacto sobre los estudiantes que se involucran en el consumo excesivo de alcohol no se limita a daños a sí mismos. Sus compañeros suelen experimentar consecuencias secundarias que pueden llegar al ataque físico y sexual. Además, las instituciones a las que asisten suelen gastar recursos valiosos en el manejo de las consecuencias personales e institucionales de dichas conductas. El rango de severidad de dichas consecuencias varía ampliamente y las secuelas pueden ser a corto, mediano y largo plazo. En general, se presentan más consecuencias entre los estudiantes que entre las estudiantes. Asimismo, la investigación dentro de esta área también ha demostrado que la mayoría de los estudiantes no consideran que tienen un problema de alcohol, a pesar de presentar problemas relacionados con el consumo (Abbey, 2002; Cooper, 2002; Giancola, 2002; Mora-Ríos & Natera, 2001; Perkins, 2002; Quiroga et al., 2003c).

A fin de abordar los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo de los estudiantes universitarios, se han realizado esfuerzos que pueden

² El consumo excesivo de alcohol es un término que los estudios de investigación dentro del campo del tratamiento cognitivo-conductual y motivacional de estudiantes universitarios frecuentemente emplean para identificar a los participantes con base en el siguiente criterio: consumir 5 o 6 copas de bebidas con alcohol al menos una vez al mes, o experimentar al menos 3 consecuencias negativas relacionadas con su consumo en 3 de 5 diferentes ocasiones en los últimos 3 años (p. ej., véase a Baer, Kivlahan, Blume, McKnight & Marlatt, 2001).

ubicarse en cuatro categorías: (1) estudios epidemiológicos que han proporcionado estadísticas sobre el consumo de alcohol por parte de los estudiantes universitarios; (2) estudios sobre los factores que se encuentran involucrados en el consumo de alcohol por parte de los estudiantes universitarios, desde una perspectiva individual, desarrollista e institucional; 3) estudios sobre las consecuencias del consumo de alcohol en las áreas de la salud física y psicológica, economía personal, fracaso académico, problemas legales, conflictos familiares e interpersonales y el peligro de verse involucrados en problemas de conducta sexual riesgosa, ataque sexual y agresión; y 4) estudios sobre las tipologías y enfoques sociales e individuales de tipo preventivo y terapéutico empleados y sugeridos para el abordaje de los problemas de alcohol por parte de los estudiantes universitarios, incluyendo los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas.

La información proporcionada por dichos estudios en relación con los factores biológicos, sociales y psicológicos ha señalado, por ejemplo, que en el caso de la personalidad, el consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios se encuentra comúnmente asociado con la impulsividad y búsqueda de sensaciones o de la regulación de estados emocionales negativos que incluyen a la depresión y a la ansiedad. Sin embargo, también ha señalado que muchos estudiantes se encuentran fuertemente influenciados por factores sociales. Los estudios también han indicado que la religiosidad se encuentra inversamente relacionada con el consumo de alcohol y que la sociabilidad se encuentra positivamente relacionada con el consumo de alcohol en los estudiantes involucrados en actividades de atletismo y deportes. Por otro lado, los estudios sobre expectativas y normas percibidas, individualmente, han señalado una relación con el consumo de alcohol, aún cuando se requiere de más estudios. Finalmente, se ha señalado que se requiere de más estudios longitudinales, de investigaciones más representativas de estudiantes universitarios y de estudios adicionales sobre la genética de problemas relacionados con el alcohol en esta población que empleen enfoques multivariados (Baer, 2002).

Por otro lado, se ha indicado que, desde una perspectiva desarrollista, la cual cae dentro de los amplios dominios de la biología, cognición, identidad, afiliación y logro, los problemas de alcohol por parte de los estudiantes universitarios se ubican dentro de un número de diferentes trayectorias de consumo, en este momento específico de sus vidas, algunas de las cuales son más problemáticas que otras. Encontrándose, igualmente, factores de riesgo y protección específicos, desde una perspectiva desarrollista y dentro de un contexto sociocultural, reconociéndose así, la complejidad de las influencias sobre el consumo de alcohol de los estudiantes universitarios, por lo que se requiere de investigaciones longitudinales y sensibles al contexto, que a su vez, pueden informar y mejorar las intervenciones con esta población (Shulenberg & Maggs, 2002).

Desde una perspectiva biológica se sabe que, un factor a tomar en consideración en la explicación del consumo de alcohol en los estudiantes universitarios, es el estado de continuo desarrollo en que se encuentran sus cerebros, lo cual afecta la sensibilidad a los efectos del alcohol, intensificando la inclinación o propensividad a beber. Al respecto, cabe señalar que los estudiantes universitarios típicamente inician sus carreras universitarias en la adolescencia tardía, momento de un continuo desarrollo del cerebro. Aún cuando se requiere de más estudios al respecto, la evidencia reciente indica que los estudiantes universitarios pueden mostrar una reducida sensibilidad a los efectos del alcohol y una aumentada sensibilidad a los estresores, y ambos pueden influenciar la conducta de consumo de alcohol (Spear, 2002). De confirmarse esta información en investigaciones futuras, podría utilizarse como parte de una estrategia de intervención con dicha población.

Desde una perspectiva ambiental se ha señalado que, diversos factores ambientales de las instituciones universitarias se encuentran asociados con el consumo de alcohol por parte de estudiantes universitarios. De manera general, los estudios indican que las siguientes variables institucionales se encuentran relacionadas: las afiliaciones, las actividades atléticas y deportivas dentro del campus, el tamaño de la institución, su localización, la cantidad de alcohol dentro del campus y el precio y disponibilidad de alcohol. Sin embargo, la investigación es insuficiente como para señalar cuáles de estos factores afectan más el consumo de alcohol por parte de los estudiantes, debido a que, típicamente, se han evaluado estas variables institucionales de una en una, en lugar de emplear modelos multivariados (Presley, Meilman & Leichter, 2002), enfatizándose la importancia de emplear un modelo de consumo estudiantil que incorpore el ambiente, la cultura estudiantil del campus y los factores individuales.

En cuanto a los esfuerzos de prevención y tratamiento de los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo en estudiantes universitarios que se han puesto en práctica con el fin de reducirlos sabemos que, históricamente, los esfuerzos de prevención primaria se han centrado en estrategias informativas, de advertencia y educacionales sobre los efectos negativos del abuso del alcohol, en los que se hace énfasis en un modelo de enfermedad del alcoholismo, o bien, se emplea un enfoque afectivo basado en la “clarificación de valores”, aún cuando la investigación acumulada ha indicado que estas estrategias no parecen ser efectivas cuando se instrumentan de manera única y no se acompañan con otros enfoques y niveles de prevención centrándose el cambio principalmente en las esferas de los conocimientos y actitudes sobre el alcohol observándose, desafortunadamente, que pocas de ellas tienen un impacto positivo sobre un cambio en la conducta de consumo de alcohol, al omitirse el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento cognitivo-conductual. De manera particular, se ha documentado que los programas educacionales que comúnmente se ofrecen tienen poco impacto (Moskowitz, 1989). Por otro lado, pocas han sido rigurosamente evaluadas; y más pocas han sido evaluadas por medio del empleo de diseños controlados. En cambio, es más probable que se tenga un impacto significativo por medio de intervenciones comprensivas que incluyen componentes ambientales prominentes. Esta posición

es consistente con la de otros estudiosos del campo de los problemas de alcohol en estudiantes universitarios (p. ej., véase a Toomey & Wagenaar, 2002; Hingson & Howland, 2002).

En correspondencia directa con esta posición, se sabe de la existencia de marcos de referencia socio-ecológicos que reconocen que las conductas relacionadas con el estado de salud, incluyendo el consumo de alcohol, se encuentran afectadas por múltiples niveles de influencia, y en consecuencia, de la emergencia de tipologías que describen enfoques de intervención en los que se traslapan los niveles de influencia dentro del modelo ecológico-social (individuo, grupo, institución, comunidad y política pública) con objetivos y métodos de intervención (conocimiento, actitudes e intenciones; cambio ambiental; protección a la salud; e intervención/tratamiento). Se sabe que esta clase de tipologías resulta útil para realizar comparaciones entre intervenciones investigadas. Por ejemplo, al aplicar dicha tipología a los esfuerzos de prevención, resulta claro que la mayoría de los esfuerzos se han dirigido hacia los programas individuales y de grupo que se centran en los conocimientos, actitudes e intenciones conductuales, descuidándose relativamente las dirigidas al cambio ambiental. Aún mas, se sabe que existen barreras para la institucionalización de programas comprehensivos dentro de las universidades. Muchos campi universitarios no cuentan con las infraestructuras y recursos básicos que se requieren para instrumentar y evaluar estrategias preventivas dirigidas al manejo ambiental (DeJong & Langford, 2002).

Se sabe de la importancia que tienen las normas del campus, percibidas o reales, como un poderoso predictor del consumo de alcohol en los estudiantes universitarios, siendo incluso mayor que las expectativas familiares, en donde los otros estudiantes constituyen la más fuerte e inmediata influencia normativa. Al respecto, se ha señalado que los estudiantes parecen sobreestimar el consumo de alcohol de otros estudiantes y aprobar el consumo excesivo y a subestimar el apoyo de otros compañeros para restringir el consumo, por lo que la corrección de estas normas percibidas da respaldo a los componentes de retroalimentación normativa que forman parte de las intervenciones individuales y que constituye una meta de algunos programas de mayor alcance dentro del campus universitario (Perkins, 2002). Sin embargo también se sabe, que a pesar de que este enfoque se ha expandido con cierto respaldo de algunas evaluaciones que se caracterizan por ciertas limitaciones, no existen disponibles, a la fecha, ensayos de investigación rigurosa que empleen diseños controlados, por lo que se requiere de investigación de esta naturaleza que justifique su inclusión dentro de los escasos recursos existentes en muchos de los campi universitarios.

También se sabe que muchos campi universitarios han empleado el enfoque de contra-publicidad para reducir el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios, a fin de evaluar el papel de las campañas en los medios masivos de comunicación. Como se sabe, la mayoría de los mensajes que se han centrado en las consecuencias negativas del beber han sido inefectivos, y en algunas ocasiones, han resultado contraproducentes. Sin embargo se hipotetiza, que si se siguieran ciertos lineamientos, firmemente establecidos, para el desarrollo de campañas en medios masivos, basados en prácticas establecidas en el mercadeo comercial y en

campañas de salud pública, así como en la experiencia con ciertas poblaciones estudiantiles, mejores resultados podrían esperarse. Sin embargo, la mayoría de los esfuerzos preventivos dentro de los campi universitarios no se han basado en dichos lineamientos (Safer, 2002).

No obstante, también se sabe que no todas las estrategias de prevención e intervención se dirigen a la población de estudiantes en general. Cabe recordar, que la población del campus universitario incluye, aproximadamente, a 19% de abstemios, 37% de bebedores “sociales” que no se involucran en un consumo episódico excesivo, 21% de bebedores de alto riesgo que ocasionalmente consumen cinco o más (cuatro o más para las mujeres) copas en una sola ocasión y 23% que frecuentemente consumen cinco o más copas y de que, aproximadamente, 47% de los bebedores lo hacen para “emborracharse” (Wechsler, Lee, Kuo & Lee, 2000). De tal forma, que los bebedores que caen cerca del extremo final de este continuo, seguramente requerirán de intervenciones más intensivas, y tales servicios deberían estar disponibles para este subconjunto de la población universitaria. Al respecto, existe un buen respaldo para la efectividad de los programas cognitivo-conductuales de entrenamiento en destrezas y de incremento motivacional. Cabe señalar, que estos enfoques también proporcionan información sobre el alcohol, pero dentro de un contexto que enfatiza su relevancia a situaciones y decisiones específicas relacionadas con el alcohol. También se sabe de la evidencia de la efectividad de los programas multicomponentes que, típicamente, incluyen cierta combinación de desafío de expectativas; automonitoreo, destrezas para el rechazo de bebidas, técnicas para el consumo moderado de alcohol, destrezas para el balance del estilo de vida, retroalimentación normativa e incremento motivacional, así como para algunos de sus componentes que han sido evaluados de manera aislada (Larimer & Cronce, 2002).

De entre las modalidades de atención existentes para el abordaje de los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo, destacan las intervenciones y tratamientos breves de corte cognitivo-conductual y de incremento motivacional, que en los últimos 15 años han venido acumulando una base sólida de investigación empírica sobre sus eficacias (Hester, 2003; Irving, Bowers, Dunn & Wang, 1999; Marlatt, Baer, Kivlahan, Dimeff, Larimer et al., 1998; McCrady, 2000; Miller & Willbourne, 2002; M. B. Sobell & Sobell, 2005; Zweben & Fleming, 1999). Sin embargo, debido a la heterogeneidad de los consumidores, no existe una sola que resulte igualmente efectiva para todo el espectro de sub-grupos con problemas de alcohol (Institute of Medicine [IOM], 1990), lo que ha dado lugar a que la metodología de *igualación cliente-tratamiento* (CTM; *Client Treatment Matching*), definida por Glaser y Skinner (1981) como el “intento deliberado y consistente por seleccionar un candidato específico para un método específico de intervención con el fin de alcanzar metas específicas” (p. 302), o en otros términos como la prescripción de un tratamiento con base en las necesidades del cliente, sea vista por expertos dentro del campo del tratamiento de los problemas de alcohol como una metodología de investigación, particularmente relevante, para el desarrollo de servicios clínicos más efectivos, ante el problema de qué tratamiento aplicar con un

cliente en particular en un momento dado. Y en particular, la estrategia de igualación cliente-tratamiento guiada por los *enfoques de atención escalonada*, ha sido recomendada por instituciones de gran prestigio dentro del campo de la salud (p. ej., Organización Mundial de la Salud [OMS], Instituto de Medicina [IOM]).

Así, por ejemplo, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (WHO; World Health Organization, 2001) de considerar los problemas de alcohol a lo largo de un continuo en el que se encuentra un amplio rango de alternativas de prevención y tratamiento para poblaciones específicas y problemas relacionados con el consumo de alcohol, resulta consistente con un enfoque de atención escalonada para el abuso y dependencia al alcohol (Marlatt, 1996a; M. B. Sobell & Sobell, 1993b). Y es en este sentido, que una estrategia de igualación cliente-tratamiento específica propuesta, entre otros, por investigadores de los enfoques cognitivos-conductuales motivacionales, a fin de lograr un tratamiento efectivo que cubra a un mayor rango de consumidores, es precisamente la basada en *enfoques de atención escalonada* (SCA; *Stepped-Care Approaches*), en la que se ‘escalonan’ tratamientos específicos, de menor a mayor intensidad, con base en la noción de que los clientes deberían ser asignados, inicialmente, al nivel de atención menos intensivo e intrusivo para sus vidas, pero que sin embargo, tenga una oportunidad razonable de resultar efectivo, y después, ‘escalonarlos’ a tratamientos más intensivos, en caso de que no respondan adecuadamente (Véase a IOM, 1990; y a M. B. Sobell & Sobell, 1993b).

De esta manera, un enfoque de atención escalonada consistiría en el empleo, en primera instancia, de la prevención universal (tal como la educación en destrezas sobre el alcohol diseminada a nivel nacional) como primera línea de defensa en contra del desarrollo del problema. En cambio, para aquellos individuos que ya desarrollaron problemas se les ofrecería tratamiento con niveles incrementados de intensidad, restricciones y costo. Por otro lado, para un individuo que está presentando problemas menores relacionados con el consumo de alcohol, se podría ver beneficiado de una intervención breve, quizá dentro de escenarios de atención primaria (World Health Organization, 1996). Si la intervención breve no resultara efectiva, o el problema avanzara, entonces un tratamiento de consulta externa o interna más intensivo sería recomendable.

A la fecha, existen diversos modelos cognitivo-conductuales motivacionales de atención escalonada para el abordaje de los problemas de alcohol y de otras drogas (Breslin, Sobell, Sobell, Buchan & Cunningham, 1997; Breslin, Sobell, Sobell, Cunningham, Sdao-Jarvie et al., 1999; Quiroga, Mata & Montes, 2005; M. B. Sobell & Sobell, 1995, 1999, 2000). Sin embargo, dichos modelos presentan en general ciertas limitaciones debido a que, en la estrategia de igualación cliente-tratamiento guiada por los “enfoques de atención escalonada” suele igualarse, básicamente, la intensidad de la intervención con la severidad del problema de alcohol del cliente, apoyándose, por lo general, en el juicio clínico del terapeuta y en el estado actual de

conocimientos sobre las técnicas más efectivas con evidencia de investigación empírica, dejando en un segundo plano otras variables investigadas por otras estrategias de igualación cliente-tratamiento, tales como las guiadas por “*hipótesis derivadas teóricamente*” con evidencia de investigación empírica acumulada de efectos diferenciales sobre los resultados de tratamiento (p. ej., problemas relacionados con el consumo, metas de tratamiento, historia familiar de problemas de alcohol, deterioro neuropsicológico).

Por lo que dichos modelos no suelen emplear, cabalmente, las diferentes estrategias de igualación derivadas de esta metodología de investigación, que a mi juicio, deberían participar de manera central en la selección de los clientes y en la regulación del proceso de igualación del tratamiento. Además, de que el procedimiento de escalonamiento de los tratamientos específicos seguido por la mayoría de dichos modelos, suele proceder solo en un sentido ascendente (de menor a mayor intensidad), lo cual queda ejemplificado en el siguiente señalamiento de Brownell y Wadden (1991): “inicia con el programa menos intensivo, intrusivo y costoso y reserva el enfoque más intensivo, costoso y riesgoso para aquellos que fracasan en los niveles menos intensivos”(p. 162). En lugar de ubicar inicialmente al cliente en el nivel de intensidad, que con base en una evaluación diagnóstica-prescriptiva, que considerando las diferentes estrategias de igualación cliente-tratamiento, resulte procedente, y que de no resultar efectiva, exista la posibilidad de que el escalonamiento se pueda aplicar, también, de manera descendente (de mayor a menor intensidad).

Una segunda estrategia de igualación cliente-tratamiento que ha recibido atención y apoyo especial en los últimos 15 años por parte de diversas instituciones de gran prestigio dentro del campo del tratamiento de los problemas de alcohol (p. ej., Instituto de Medicina de los Estados Unidos [IOM; *Institute of Medicine*], Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo de los Estados Unidos [NIAAA, *National Institute on Drug Abuse and Alcoholism*]), así como de múltiples investigadores (Allen & Kadden, 1995; Mattson & Allen, 1991; Mattson, Allen, Longabaugh, Nickles, Connors et al., 1994) es la guiada por “*hipótesis derivadas teóricamente*”. Así, por ejemplo, Mattson et al., identificaron 31 estudios que proporcionaron apoyo empírico para esta estrategia de igualación cliente-tratamiento para el abordaje de la dependencia al alcohol. Y uno de los tratamientos más estudiados que sugirieron efectos de igualación, con algún grado de confianza, fueron los enfoques cognitivo-conductuales.

Al respecto, se han estudiado diversas combinaciones de enfoques cognitivo-conductuales por medio de esta estrategia de igualación cliente-tratamiento. Así, por ejemplo, diversos entrenamientos de destrezas de afrontamiento altamente estructurados, tal como el descrito en el enfoque manualizado de Monti, Abrams, Kadden y Cooney (1989) han resultado más benéficos para alcohólicos con alta severidad (Tipo B) (Litt, Babor, Del Boca, Kadden, Cooney et al., 1992) y para

aquellos que presentan mayores grados de severidad psiquiátrica y sociopatía (Cooney, Kadden, Litt & Getter, 1991; Kadden, Cooney, Getter & Litt, 1989; Longabaugh, Rubin, Malloy, Beattie, Clifford et al., 1994). En tanto que para el Proyecto de Igualación Cliente-Tratamiento del Alcoholismo a la Heterogeneidad de los Clientes (Project MATCH; Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity, Allen, Mattson, Miller, Tonigan, Connors et al., 1997; Randall, Del Boca, Mattson, Rychtarik, Cooney et al., 2003) no se confirmó dicha asociación o efecto de igualación y resultó más benéfico para los alcohólicos con menos severidad de dependencia al alcohol el enfoque manualizado de entrenamiento en destrezas de afrontamiento de Kadden, Carroll, Donovan, Cooney, Monti et al. (1992).

Sin embargo, a pesar de que hace casi treinta años Cronkite y Moos (1978) encontraron que una proporción significativa de la varianza explicada en el resultado del tratamiento se debe a la interacción de las variables cliente y tratamiento, dando apoyo a la importancia de igualar características del cliente y del programa de tratamiento, la investigación dirigida a determinar las características de los clientes que producen una diferencia de respuesta en el tratamiento, con el empleo de las terapias cognitivo-conductuales, no ha sido decisiva (Gulliver, Longabaugh, Davison & Swift, 2005; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney & Abrams, 2002), lo que resulta necesario determinar, ya que dichas características deberían proporcionar la base fundamental para la selección de los tratamientos específicos a emplear.

Una revisión de la literatura de investigación sobre aquellas variables de igualación, que a la luz de resultados y a juicio de reconocidas figuras en el campo de la igualación, resultan altamente prometedoras de una validación empírica ulterior, dado que se han encontrado efectos diferenciales sobre los resultados de tratamiento de problemas de alcohol son, entre otras: *la severidad de la dependencia al alcohol* (Carpenter & Hasin, 2001; Project MATCH Research Group, 1997b, 1998; Randall, Del Boca, Mattson, Rychtarik, Cooney et al., 2003), *la historia familiar de problemas de alcohol* (Babor, Hoffmann, Delboca, Hesselbrock, Meyer et al., 1992b; Driessen, Veltrup, Watterling, John & Dilling, 1998; Mundt, Perrine & Searles, 1997; Schuckit, 1994, 1998; Yoshino & Kato, 1998), *los problemas relacionados con el consumo de alcohol* (Azrin, Sisson, Meyers & Godley, 1982; *los problemas de psicopatología y de amplio espectro* (Ferrel & Galassi, 1981; McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien & Druley, 1983; Miller & Hester, 1986b; Miller, Pechacek & Hamburg, 1981; Miller, Taylor & West, 1980); *el deterioro neuropsicológico* (Cooney, et al., 1991; Kadden et al., 1989; Project MATCH Research Group, 1997b) y *las metas de tratamiento* (Edwards, Duckitt, Oppenheimer, Sheehan & Taylor, 1983; Finney & Moos, 1981; Longabaugh, datos no publicados, 2003; Miller & Baca, 1983; Miller, Leckman, Tinkom & Rubenstein, 1986; Polich, Armor & Braiker, 1981).

Sin embargo, los efectos previos de igualación de estas variables, a menudo, no han sido replicados (Kadden, Litt, Cooney, Kabela & Getter, 2001) debido en gran parte, a diversas limitaciones metodológicas dentro de las cuales destaca el de simplificar el efecto del proceso de igualación a una sola variable, en lugar de a un conjunto de ellas (Gulliver et al., 2005), por lo que se consideró, en la presente

investigación, incluir varias de estas de una manera combinada (p. ej., severidad y cronicidad de la dependencia, patrones de consumo, metas de tratamiento) dentro de un modelo de atención cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada.

Por tal razón, y dado que en la actualidad en nuestro país no se cuenta con un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada que cubra un amplio espectro de sub-grupos con problemas de alcohol, se consideró conveniente proponer y evaluar uno para estudiantes universitarios que ubica a los clientes, desde un inicio, en un nivel de tratamiento específico con la posibilidad de que el escalonamiento proceda de manera ascendente o descendente con los programas que integran dicho modelo y que se encuentran disponibles en centros de servicios clínicos de la UNAM (Quiroga & Cabrera, 2003a; Quiroga & Montes, 2003; Quiroga & Vital, 2003f), los cuales incorporan diversas variables relativas a la hipótesis de igualación (p. ej., severidad de los problemas de alcohol, problemas relacionados con el consumo, patrones de consumo, metas de tratamiento, deterioro neuropsicológico) que han demostrado tener efecto sobre los resultados de tratamiento.

Con esto se superarían, en primer lugar, las limitaciones, que a mi juicio presentan aquellos modelos de *atención escalonada* que se caracterizan por ubicar inicialmente a los clientes en el nivel menos intensivo y no en el que les correspondería con base en una evaluación diagnóstica-prescriptiva que considere las diferentes estrategias de igualación cliente-tratamiento y otros factores de riesgo, así como de que el escalonamiento pueda no solamente ascender de nivel, sino también descender. Y en segundo lugar, se superarían las limitaciones de aquellos programas cognitivo-conductuales y motivacionales que solo ofrecen a los consumidores un solo tipo de tratamiento que no toma en cuenta sus historias familiares de problemas de alcohol, severidad de la dependencia, patrones de consumo, problemas relacionados con el consumo, metas de tratamiento, etc., - lo cual no es consecuente con las estrategias de igualación cliente-tratamiento guiadas por "*hipótesis derivadas teóricamente*", por "*enfoques de atención escalonada*" y por "*auto-selección de los clientes*", que sugieren que el tratamiento resulta más efectivo cuando los clientes son igualados con intervenciones óptimas, Gottheil, McLellan y Druley (1981)-, lo que daría lugar a ahorros sustanciales al evitarse, por medio de la igualación, tratamientos inadecuados, costosos y faltos de ética profesional.

De esta forma, se considera que los beneficios potenciales de la igualación cliente-tratamiento que incluya sus diferentes estrategias, son suficientes para llevar a cabo una investigación que evalúe su capacidad general como estrategia de tratamiento que permita cuantificar los efectos de tipos específicos de igualación, y es en este sentido, que la presente investigación va más allá de los datos existentes y combina los resultados de los efectos de igualación de variables de tratamiento y características de clientes, aún no probadas empíricamente, pero lógicamente plausibles, que guíen la selección futura de los clientes a los tratamientos específicos convenientes.

Por otro lado, diversas investigaciones han señalado que existen diferentes subtipos de alcohólicos que tienen más o menos hereditabilidad genética y manifestación de ciertos componentes conductuales predisponentes, que pueden caracterizarse, en términos de severidad general de los problemas y en factores de riesgo multidimensional para el desarrollo de una adicción.

La mayoría de las tipologías, empíricamente derivadas, se han basado en una combinación de historia familiar, edad de inicio del consumo, dependencia, personalidad o factores de temperamento, tales como la impulsividad, toma de riesgos y conducta desadaptada (Babor, et al., 1992b; Cloninger, Sigvardsson & Bohman, 1996; Epstein, Labouvie, McCrady, Jensen & Hayaki, 2002; Mulder, 2002). Así, por ejemplo, aquellos individuos que tienen una historia familiar de problemas de alcohol y que caen en las categorías Tipo B de Babor (Babor et al., 1992b) y Tipo II de Cloninger (Cloninger et al., 1996) son quienes tienen mayor preponderancia de presentar desviaciones metabólicas, fisiológicas, electrofisiológicas y neurobiológicas factores que, de manera consistente, contribuyen a la predisposición hacia la dependencia al alcohol. Estas tipologías no sólo se caracterizan por presentar una dependencia más severa al alcohol y resultados más pobres de tratamiento, sino que también, parecen estar asociadas con diferencias en conductas y destrezas de afrontamiento (Chung, Langembucher, Labouvie, Pandina & Moos, 2001).

De esta manera, por más de tres décadas las investigaciones clínicas y epidemiológicas han señalado que la historia familiar de problemas de alcohol produce un subtipo cualitativamente diferente de dependencia al alcohol (el alcoholismo familiar) caracterizado por una *progresión más rápida y severa* (Babor et al., 1992b; Penick, Powell, Bingham, Liskow, Miller et al., 1987; Schuckit, 1984; Volicer & D'Angelo, 1983; Winokur, Reich, Rimmer & Pitts, 1970), *tasas mayores de trastornos de personalidad o psicopatología* (Alterman, 1998; Alterman, Searles & Hall, 1989; Frances, Timm & Bucky, 1980; McKenna & Pickens, 1981; Penick et al., 1987), *mayor número de síntomas clínicos de dependencia* (Pickens, Preston, Miles, Gupman et al., 2001), *mayor severidad de los síntomas clínicos de dependencia* (Frances et al., 1980) y *mayor número de problemas relacionados con el consumo* (Frances, Bucky & Alexopoulos, 1984) lo cual, de acuerdo con ciertos estudios, tiene implicaciones etiológicas, descriptivas y pronósticas (Frances et al. 1984) y en consecuencia, implicaciones prácticas en el trabajo clínico (Medina-Mora & Mariño, 1999), por lo que se juzgó conveniente investigar de manera diferenciada la hipótesis *historia familiar de problemas de alcohol*, a fin de determinar su efecto interactivo sobre la eficacia del modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada y programas de tratamiento específicos que lo integran, y en su caso, determinar si esta constituye una variable que pudiera discriminar a los participantes con *historia familiar de problemas de alcohol* en un sub-grupo que requiera componentes adicionales de tratamiento, o de si los programas de tratamiento

específicos del modelo resultan igual de eficaces con los participantes sin y con historia familiar de problemas de alcohol.

Este es el contexto de conocimiento en que se planteó el desarrollo de la presente investigación, diseñada con el fin de continuar con el avance de una generación de modelos de tratamiento basados en los enfoques cognitivo-conductual y de incremento motivacional que hacen un uso cabal de la metodología de igualación cliente-tratamiento vía las estrategias guiadas por los “*enfoques de atención escalonada*”, las “*hipótesis teóricamente derivadas*” y la “*auto-selección por los clientes*”, contando con el imprescindible apoyo del “*juicio clínico*”, consistente con la premisa de que los clientes que son igualados apropiadamente a la modalidad de tratamiento, tendrán mejores resultados que los clientes que no lo son” (Glaser, 1980; Finney & Moos, 1986; Lindstrom, 1992; Project MATCH Research Group, 1997a).

La presente tesis doctoral comprende los siguientes contenidos temáticos que le dan contexto y sentido a la investigación realizada: En una primera parte, se aborda la epidemiología de los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo en estudiantes universitarios mexicanos y norteamericanos, en términos del consumo excesivo, abuso, dependencia y consecuencias negativas personales, sociales e institucionales, así como los criterios establecidos por el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo de los Estados Unidos (NIAAA; *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2004); la Fundación para la Investigación de la Adicción (ARF; *Addiction Research Foundation*, 1993), la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM; *American Society of Addiction Medicine* 1994), la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta versión (APA DSM-IV; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994) y los adaptados para México por Medina-Mora, Carreño y Ortiz (1997).

Paso seguido, se analizan los factores involucrados en los problemas de alcohol en esta población que abarcan factores individuales y grupales, dentro de los cuales destacan los de índole biológica, psicológica, social, ambiental, institucional y comunitaria. Posteriormente, se revisan los principales enfoques de intervención para abordar los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo que se han empleado con los estudiantes universitarios, haciéndose énfasis especial en la eficacia de los enfoques individuales de prevención y tratamiento para la reducción del consumo y problemas relacionados. Asimismo, se destaca el desarrollo de la estrategia de igualación cliente-tratamiento basada en los “*enfoques de atención escalonada*” y las variables de igualación en las que se ha demostrado efectos sobre los resultados de tratamiento, que han permitido la emergencia de los modelos cognitivo-conductuales y motivacionales de atención escalonada, como es el caso del aquí propuesto y evaluado.

En una segunda parte, se hace el planteamiento del problema, se describen los propósitos de la Investigación, el método empleado que incluye a los participantes, escenario, materiales, diseño, variables Independientes y dependientes, procedimiento, seguimiento, análisis de los datos, descripción de resultados, la hipótesis de igualación de la historia familiar de problemas de alcohol, los resultados de la evaluación de la hipótesis de igualación investigada, a saber, *historia familiar de problemas de alcohol*, y la eficacia clínica general y específica del modelo propuesto, la discusión y conclusiones finales, en las que se aborda las limitaciones de la presente investigación y las perspectivas actuales y a futuro.

Epidemiología de los Problemas de Alcohol y Problemas Relacionados con el Consumo en Estudiantes Universitarios

Los problemas de alcohol (p. ej., consumo excesivo, abuso, dependencia) por parte de estudiantes universitarios a nivel nacional e internacional y los resultantes problemas relacionados con el consumo (p. ej., salud, académicos, interpersonales) han sido documentados ampliamente dentro de la literatura de investigación epidemiológica (EMA, 2005; Johnston et al., 2005; Knight, Simpson & Hiller, 2002; Mora-Rios & Natera, 2001; NIAAA, 2002; Perkins, 2002; Quiroga et al., 2003c; Wechsler et al., 2002).

1.1. PROBLEMAS DE ALCOHOL

1.1.1. CONSUMO EXCESIVO: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA

Uno de los problemas de alcohol entre los estudiantes universitarios que constituye una causa grave de preocupación debido a que alrededor de un tercio, en promedio, lo presenta, es el *consumo excesivo*, definido tradicionalmente por la mayoría de encuestas y estudios diagnósticos situacionales, como cinco o más copas por ocasión en el hombre y cuatro o más copas por ocasión en la mujer, al menos una vez en las dos semanas previas a la encuesta (Johnston et al., 2005; Mora-Ríos & Natera, 2001; Quiroga et al., 2003c; Wechsler et al., 2000).

Wechsler, Dowdall, Davenport y Rimm (1995a) investigaron la medida de 5 copas empleando una muestra nacional de estudiantes universitarios estadounidenses encontrando que los hombres, que regularmente consumían 5 copas o más seguidas, presentaban los mismos riesgos de problemas relacionados con el alcohol (p. ej., daño a sí mismo, pérdidas de memoria, bajo rendimiento académico, actividad sexual no planeada, vómito, resacas, náuseas) que las mujeres que regularmente consumían cuatro o más copas seguidas, lo que dio sustento empírico a que años más tarde, Wechsler y Austin (1998) propusieran que la medida de género específica 5/4 copas debería ser considerada como el criterio o punto de corte para el *consumo episódico excesivo*.

Por su parte, la ASAM ha señalado que las guías empíricamente establecidas para el consumo de bajo riesgo [*no excesivo*] son no más de 14 copas a la semana o cuatro copas por ocasión para los hombres y no más de 7 copas a la semana o tres copas por ocasión en las mujeres (ASAM, 1994).

De la misma manera, Rotgers y Davis (2006) señalan que el *consumo excesivo* se define en términos del número de copas por semana y que aún cuando las cantidades específicas de consumo han variado de país a país, y de investigación a investigación, en años recientes parece existir un consenso, debido en gran parte al trabajo de investigadores de la ARF de que el consumo de más de 14 copas a la semana ó más de 4 copas por ocasión para los hombres y más de 9

copas a la semana ó más de 3 copas por ocasión para las mujeres, constituye un consumo excesivo (ARF, 1993).

En este sentido, datos de un estudio nacional sobre alcohol (Wechsler, Molnar, Davenport & Baer, 1999) con estudiantes de 114 universidades estadounidenses encontró que el 20% eran consumidores *excesivos episódicos frecuentes* que, en promedio, consumían tres o más veces a la semana durante el periodo de 2 semanas previos a la encuesta consumiendo, en promedio, 14.5 copas a la semana y que, además, constituía el 68% de todo el consumo de alcohol hecho por los estudiantes universitarios.

Por su parte, el NIAAA define al *consumo excesivo* de alcohol como la cantidad de alcohol que produce un nivel de concentración en sangre de 0.08 mg% o más, que para la mayoría se alcanza al consumir cinco copas para los hombres o cuatro copas para las mujeres en un periodo de 2 horas (NIAAA, 2004). Y que los hombres pueden estar en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol si su consumo de alcohol excede las 14 copas estándar de alcohol a la semana o 4 copas al día, y las mujeres pueden estar en riesgo si consumen más de 7 copas estándar a la semana o 3 copas al día (NIAAA, 2005).

En México, se han adaptado estos niveles a los patrones de consumo locales, debido a que no es común beber alcohol diario, si en cambio, es frecuente que se ingieran grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo. Los límites se establecen para el consumo semanal; así, se considera que un límite de bajo riesgo en una mujer, es no consumir más de nueve copas por semana y 12 si se es varón, éste no debe de exceder a una copa por hora, ni a más de cuatro por ocasión de consumo si se es varón y tres si se es mujer. Ninguna si se está enfermo, tiene problemas con el alcohol, si se trata de una mujer embarazada o que planea concebir (Medina-Mora et al., 1997).

No obstante cabe señalar, que el definir que cantidad de alcohol es excesivo resulta complicado, debido a las diferentes formas en que el alcohol afecta a diferentes personas como es el caso de la raza, género, edad, peso, talla, susceptibilidad, frecuencia, expectativas, estado emocional y circunstancias en las que tiene lugar el consumo, además, de que existen parámetros sociales, médicos, biológicos y legales (Medina-Mora, 2001), por lo que a nivel de diagnóstico y tratamiento clínico individual deberán de hacerse los ajustes correspondientes.

1.1.2. ABUSO: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA

La APA, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta versión (APA DSM-IV, 1994) considera el abuso de alcohol como una categoría residual para indicar un patrón desadaptativo de uso que no cumple con los criterios de dependencia al alcohol. La definición de abuso está en función de una combinación de la frecuencia y consecuencias del consumo y se mide a través de indicadores de patrón

de consumo y problemas relacionados, cuya definición y operacionalización es la siguiente: El Abuso se define como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses: (1) consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en los estudios o en casa (p. ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de alcohol, ausencias, suspensiones o expulsiones de clase relacionadas con el alcohol; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa); (2) consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos del alcohol); (3) problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol); y 4) consumo continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

En cuanto a la prevalencia del abuso al alcohol, en el estudio de Knight et al. (2002) se informa que cerca de un tercio de los estudiantes universitarios cumplieron con los criterios de abuso de alcohol, especificados por la APA en su cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA DSM-IV, 1994).

Cabe señalar, que el consumo excesivo y el abuso suelen traslaparse, sin embargo, una distinción fundamental entre ambos es que, mientras el primero se centra fundamentalmente en parámetros de índole cuantitativo relativos al patrón de consumo (p. ej., frecuencia y/o cantidad de copas semanales o por ocasión de consumo), el segundo combina parámetros relativos al patrón de consumo y de problemas relacionados con el consumo, tal y como lo indica su definición. Por otro lado, al igual que con el consumo excesivo, también existen parámetros sociales, médicos, biológicos y legales ((Medina-Mora, 2001) que dan lugar a variaciones en su definición y medición en cuestión.

1.1.3. DEPENDENCIA: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA

La APA, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta versión (APA DSM-IV, 1994) define a la dependencia como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, que se mide por medio de la expresión de tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: (1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; (b) el efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado; 2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes

cantidades: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones, temblor distal de las manos, Insomnio, náuseas o vómitos, agitación psicomotora, ansiedad, crisis comiciales de grand mal (crisis epilépticas), alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; 3) a menudo se toma alcohol en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía; (4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol; (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo de alcohol o en recuperarse de sus efectos; (6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol; y (7) se continúa el consumo de alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol (p. ej., continuar bebiendo a pesar de reconocer que una úlcera empeoró por el consumo de alcohol).

En cuanto a la dependencia al alcohol, en el estudio de Knight et al. (2002) un 6% de los estudiantes universitarios cumplieron con los criterios de dependencia especificados por la APA en la cuarta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (APA DSM-IV, 1994).

Cabe señalar que dichos criterios del síndrome de dependencia al alcohol tienen sus raíces en el trabajo de Edwards y Gross (1976) en el que se describe un conjunto de 7 elementos característicos: síndrome de abstinencia, evitación del mismo bebiendo, tolerancia, limitación del repertorio (según avanza la dependencia, el modo de beber se hace menos variado y más rutinario y estereotipado), abandono de otras actividades (el consumo de la sustancia adquiere progresivamente prioridad sobre otras actividades que antes fueron importantes y/o placenteras), conciencia de una necesidad subjetiva y compulsiva de beber y reinstauración del síndrome tras un período de abstinencia (a mayor grado de dependencia, el síndrome completo se reinstauraría antes, tras los períodos de abstinencia seguidos de recaída).

Trabajos posteriores modificaron parte de estos elementos, fundamentalmente por problemas de operatividad de los criterios, aunque sin modificar de manera sustancial las ideas centrales (Ariño & Ballesteros, 1995). Así, el elemento reinstauración rápida del síndrome de dependencia del alcohol, tras períodos de abstinencia, ha sido desechado por problemas de operatividad de criterios. Los elementos de presentación de un síndrome de abstinencia y su evitación, mediante el consumo de alcohol, se han fundido en un mismo elemento debido a su similitud y el gran número de personas que no presentan síndrome de abstinencia, precisamente por su constante y diaria evitación. También, se han separado dos elementos a partir del criterio de necesidad subjetiva y compulsiva de beber: la disminución del control y el deseo intenso de beber. Por último, tanto la ICD-10 como el DSM-IV incluyen como elemento nuevo la persistencia en el consumo a pesar de la evidencia de sus efectos perjudiciales.

El hecho de que los grandes sistemas de diagnóstico y clasificación de los

trastornos -DSM-IV e ICD-10- utilicen criterios operacionales, ha dado lugar al desarrollo de instrumentos diagnósticos que pueden ser utilizados por clínicos y otros para entrevistadores legos, que si bien deben de tener habilidades especiales para conducir entrevistas, no requieren de conocimientos clínicos para la elaboración de diagnósticos (Medina-Mora, 2001).

Uno de los instrumentos más empleado en la actualidad a nivel internacional es la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996, 1999, 2002). Se trata de una de las entrevistas diagnósticas semi-estructuradas más comunes empleadas en la investigación que permite obtener diagnósticos de acuerdo al DSM-IV, y de la cual se ha elaborado una versión extractada y adaptada a partir de la sección de alcohol correspondiente del Módulo E (Trastornos por Consumo de Alcohol) (SCID-VA; Entrevista Clínica Estructurada versión Alcohol, Quiroga, 2003f).

La SCID-VA es sistemática y comprensiva y se enfoca, únicamente, en la sección de la Dependencia y Abuso del Alcohol y el diagnóstico se basa en la evaluación de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se administra en una única sesión, la cual dura entre 10 y 15 minutos, dependiendo de la complejidad de la historia clínica del entrevistado y de la habilidad y experiencia del entrevistador, así como de la capacidad del entrevistado para describir su problemática de forma sucinta. Debido a que la SCID-I no constituye una entrevista completamente estructurada y exige el juicio clínico del entrevistador, la confiabilidad de la SCID-I depende, en gran medida, de las circunstancias específicas en que se emplea. Un elevado número de estudios que usan la SCID-I, centrándose en grupos diagnósticos particulares, han obtenido valores kappa desde 0.70 hasta 1.00. Estos estudios usaron entrevistas por parejas grabadas en video para determinar su confiabilidad (Segal, Hersen & Van Hasselt., 1993, y Segal, Kabacoff, Hersen et al., 1995; Strakowsky, Tohen, Stoll et al., 1993 y Strakowsky, Keck, McElroy et al., 1995; Stukenberg, Dura, Kiekolt-Glaser, Stukenberg et al., 1990). (Véase el Anexo 1).

Otro instrumento ampliamente empleado a nivel internacional, es la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Escala de Dependencia al Alcohol, Quiroga & Vital, 2003c) traducida y adaptada al español de la Alcohol Dependence Scale (ADS; Alcohol Dependence Scale, Skinner, Horn, Wanberg & Fester, 1984), originalmente desarrollada por Skinner y Allen (1982), es una escala compuesta de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubre síntomas de abstinencia que corresponden al síndrome de dependencia definido por Edwards y Gross (1976), tales como deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y saliencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Se aplica a población de bebedores problema jóvenes y adultos que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide, desde ausencia de dependencia, hasta dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest y consistencia

interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Los trabajos de Skinner y Allen (1982) y de Ross, Gavin y Skinner (1990) demostraron que la EDA se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) y se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM-III ($r = 0.58$). Requiere menos de 10 minutos para ser contestada.

1.2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

El consumo excesivo, el abuso y la dependencia al alcohol entre estudiantes universitarios se encuentran relacionados, en menor o mayor grado, con una diversidad de consecuencias adversas: heridas fatales y no fatales; envenenamiento con el alcohol; pérdidas de memoria; fracaso académico; violencia, incluyendo a la violación y asaltos; embarazo no deseado; enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA; daño a la propiedad; consecuencias vocacionales y criminales que podrían poner en riesgo prospectos de trabajo en el futuro (Goldman, 2002; Wechsler et al., 2000). Al respecto, Perkins (2002) nos ofrece una revisión de varios estudios que informan de los efectos negativos de índole académica, emocional, física, social y legal experimentados por los estudiantes universitarios, así como de los daños hacia otras personas y de los costos institucionales con base en encuestas de investigación realizadas durante las últimas dos décadas.

1.2.1. DAÑOS A SI MISMOS

1.2.1.1. DETERIORO ACADÉMICO. Existe disponible una cantidad sustancial de investigación empírica que demuestra una conexión entre el consumo de alcohol y el deterioro en la actividad académica. Así, por ejemplo, en uno de los estudios revisados por Perkins (2002) se encuestó a 41,581 estudiantes de 89 instituciones, 22% indicó haber reprobado un examen o no haber entregado un proyecto académico (26% de bebedores) y 28% había faltado al menos a una clase durante el último año (33% de bebedores), debido al consumo de alcohol u otra droga.

En otro de los estudios revisados por Perkins (2002) con una muestra representativa a nivel nacional de 14,521 estudiantes que asistieron a 116 universidades, se encontró que 24% (30% de bebedores) informó faltar a una clase como resultado de beber y 19% (23% de bebedores) informó atrasarse en sus tareas académicas como resultado de consumir alcohol. Los hombres que consumieron 5 o más copas, o las mujeres que consumieron 4 o más copas consecutivas, una o dos veces, en un periodo de 2 semanas, tuvieron una probabilidad mayor de tres veces de informar de atrasarse en sus tareas académicas debido a su consumo durante el año académico actual, en comparación con bebedores más moderados, y los hombres que consumieron 5 o más copas o las mujeres que consumieron 4 o más copas consecutivas, en al menos tres ocasiones en un periodo de dos semanas, tuvieron una probabilidad mayor de ocho veces de informar este problema.

1.2.1.2. PÉRDIDA TEMPORAL DE LA MEMORIA. El fenómeno de pérdida temporal de la memoria durante los periodos de consumo excesivo de alcohol, es una consecuencia común encontrada entre los dependientes al alcohol, pero también se ha encontrado, igualmente, en otras poblaciones de bebedores. En otro de los estudios revisados por Perkins (2002) 22% de los estudiantes (27% de bebedores) informaron al menos un incidente de haber olvidado dónde estuvieron o qué hicieron, debido a su consumo de alcohol en el año pasado. De manera similar, 26% de los que contestaron la encuesta (31% de bebedores) indicaron que habían tenido “una pérdida de memoria” debido al consumo de alcohol u otra droga en el año anterior.

1.2.1.3. DAÑOS PERSONALES. Daños a sí mismo, como resultado de beber, son consecuencias comunes. En uno de los estudios descritos por Perkins (2002) se ubicó a 9% de los estudiantes (12% de bebedores) dentro de esta categoría, en tanto que el estudio de Presley, Meilman y Cashin (1996), reveló que 13% (15% de bebedores) informaron daño a sí mismos como consecuencia del consumo de alcohol u otra droga dentro del año.

1.2.1.4. ENFERMEDAD FÍSICA. Consecuencias a corto plazo relacionadas con la salud, tales como las crudas o resacas, náusea y vómitos, debidos al consumo excesivo de alcohol, son experimentadas por una gran minoría, sino es que por la mayoría de los campi de estudiantes universitarios. En uno de los estudios revisados por Perkins (2002) sobre una encuesta de estudiantes de 89 escuelas a lo largo de la Nación Norte Americana, arrojó resultados de auto-informes en donde 40% informaron de al menos una cruda o resaca (47% de bebedores) y 47% (56% de bebedores) presentaron náusea o vómito como resultado del consumo de alcohol u otra droga dentro del año.

1.2.1.5. ACTIVIDAD SEXUAL NO PLANEADA Y SIN PROTECCIÓN. En años recientes, la investigación ha considerado los riesgos potenciales de involucrarse en actividad sexual no planeada y sin protección, a fin de evitar el embarazo no deseado o enfermedades de transmisión sexual. En uno de los estudios revisados por Perkins (2002), 18% de dicha muestra (23% de bebedores) se habían involucrado en actividades sexuales no planeadas durante el año académico y 9% (11% de bebedores) informó no usar protección debido a su consumo de alcohol. En otro estudio, 70% de todos los estudiantes informaron que era menos probable que emplearan condón en su actividad sexual después de consumir alcohol.

1.2.1.6. COACCIÓN, ATAQUE SEXUAL Y RELACIÓN CON LA VICTIMIZACIÓN DE LA VIOLACIÓN. En un estudio revisado por Perkins (2002), 1,025 estudiantes universitarias con edades entre 17 y 23 años de una universidad del medio este de los Estados Unidos de Norteamérica, se encontró asociación entre los puntajes de una medida global de conductas de coacción sexual con el consumo excesivo. Por otro lado, Abbey (2002) realizó un resumen de la investigación sobre el papel que tiene el alcohol en las experiencias de ataque sexual en los estudiantes universitarios, señalando que el ataque sexual es extremadamente común entre esta

población (prevalencias de más de 50%) y de que al menos la mitad de estos ataques sexuales involucraron al consumo de alcohol por el perpetrador, la víctima o ambos.

1.2.1.7. DETERIORO EN EL MANEJO DEL AUTOMOVIL. Para aquellos estudiantes que tienen acceso a automóviles el deterioro en el manejo de los mismos puede ser otra consecuencia negativa del consumo de alcohol. En uno de los estudios revisados por Perkins (2002) los datos de la encuesta nacional revelan que, aproximadamente, un tercio de los estudiantes manejan bajo la influencia del alcohol durante el año académico.

1.2.1.8. REPERCUSIONES LEGALES. El consumo excesivo de alcohol ocasionalmente trae como resultado acciones disciplinarias en contra de los estudiantes o arrestos por violar los reglamentos sobre el consumo de alcohol cuando se maneja. En uno de los estudios revisados por Perkins (2002) se indica que los datos sobre encuestas nacionales norteamericanas arrojan resultados de 5% a 12% de estudiantes que admiten haber tenido problemas con la policía o autoridades dentro del campus universitario como resultado de su consumo de alcohol. El arresto de estudiantes por manejar estando intoxicados se reportó en una tasa de 1.7% (2.0% de todos los bebedores).

1.2.1.9. DETERIORO DE LA ACTIVIDAD ATLÉTICA. Muchas otras consecuencias personales parecen deberse al consumo excesivo de alcohol por diversos tipos de estudiantes, aún cuando se carece de investigación empírica sistemática. Leichter, Meilman, Presley y Cashin (1998) y Wechsler, Davenport, Dowdall, Grossman y Zanakos (1997) han encontrado que los miembros de equipos de atletismo y líderes de los mismos consumen más alcohol por semana que los que no practican el atletismo. Los atletas tuvieron mayor probabilidad de consumir alcohol de manera episódica excesiva y, generalmente, incurrieron en consecuencias más negativas. Sin embargo, no existen datos en la literatura de investigación sobre estudiantes atletas en los que evalúe, de manera específica, el deterioro en la actividad atlética como consecuencia del consumo; sólo se puede inferir que hay una pérdida significativa de la actividad, dados los altos niveles relativos de consumo por semana por parte de ciertos atletas, que pudiera ocasionar un detrimento a sus capacidades físicas.

1.2.2. DAÑOS A OTRAS PERSONAS Y A LA PROPIEDAD

Mientras que la investigación revisada previamente pone en claro el daño que algunos estudiantes se infringen a sí mismos, como resultado de su consumo de alcohol, muchas consecuencias derivadas del consumo de los estudiantes dañan a otras personas y a la propiedad. Los residentes de barrios o colonias aledañas al campus universitario, los visitantes al mismo, otros estudiantes universitarios y miembros del personal académico y administrativo de las escuelas y facultades,

pueden sufrir daños como resultado del consumo excesivo de alcohol por parte de los estudiantes.

1.2.2.1. DAÑO A LA PROPIEDAD Y VANDALISMO. El daño a las colonias o barrios aledaños al campus o a los espacios personales de otros y a los evidentes residuos de las intoxicaciones, tales como vómito y basura, constituyen quejas comunes después de las fiestas estudiantiles en las que el alcohol se encuentra presente. Un 8% de los estudiantes confesaron consistentemente, en diversas encuestas nacionales realizadas a lo largo de la década de 1990, haber cometido daño a la propiedad o accionar una alarma de fuego en relación con su consumo de alcohol durante el año (Wechsler, Dowdall, Maenner, Gledhill-Hoyt & Lee, 1998). Así, por ejemplo, en uno de estos estudios a nivel nacional se informa que, el 33% de los hombres y el 13% de las mujeres que consumieron alcohol en niveles de “alto-riesgo”, cometieron daño a la propiedad en el último año, mientras que sólo el 6% de los hombres y el 2% de las mujeres, que se caracterizaban por “bajo riesgo” en su consumo de alcohol, lo hicieron.

1.2.2.2. AGRESIÓN, PELEAS Y VIOLENCIA INTERPERSONAL. Las interconexiones del consumo de alcohol con la agresión y la conducta patológica en el desarrollo de los adultos jóvenes, dentro de la universidad, han sido ampliamente discutidas. Desafortunadamente, las medidas de violencia empleadas en los estudios de población universitaria frecuentemente mezclan la agresión física y verbal bajo la misma etiqueta de *peleas*, aún cuando la primera puede ser más pervasiva dentro de los contextos escolares.

Giancola (2002) presenta un panorama de la literatura de investigación sobre la agresión relacionada con el alcohol en estudiantes universitarios, basándose en estudios de encuestas y en investigaciones experimentales de laboratorio realizadas con estudiantes universitarios y en la cual “La literatura indica que el consumo de alcohol facilita la conducta agresiva e incrementa el riesgo de ser la víctima de un acto violento, particularmente en los consumidores excesivos” (p.129). En un estudio (Wechsler et al., 1998) que muestreó 140 universidades estadounidenses se encontró que de 19 a 24% de los estudiantes informaron encontrarse intoxicados cuando exhibieron agresión verbal, de 9 a 10% informaron encontrarse intoxicados cuando cometieron daño a la propiedad y de 4 a 6% informaron encontrarse intoxicados cuando fueron aprendidos por la policía. En resumen, las estadísticas claramente indican que el consumo agudo de alcohol incrementa de una manera significativa la expresión de la conducta agresiva en los estudiantes universitarios (Giancola, 2002).

1.2.2.3. VIOLENCIA SEXUAL. El consumir alcohol puede también contribuir a la violencia y al daño que otros experimentan como víctimas de la agresión sexual. Como resultado de que se ven reducidas las inhibiciones de los estudiantes intoxicados en contra de la ejecución de conductas inapropiadas, o se entorpece la habilidad cognitiva para percibir correctamente los mensajes sexuales, la

probabilidad de cometer violaciones o algún otro contacto sexual no deseado, se incrementa de manera significativa. Abbey, McAuslan y Ross (1998) encontraron que, entre los hombres que asisten a universidades, el consumo de grandes cantidades de alcohol incrementa las percepciones erróneas de las intenciones sexuales de las mujeres, que a su vez, producen una mayor probabilidad de ataque sexual.

1.2.2.4. OTRAS PERTURBACIONES POTENCIALES. Una variedad de otras perturbaciones potenciales debidas al consumo excesivo de alcohol son frecuentemente detectadas en informes más recientes y observaciones anecdóticas de la vida universitaria, aún cuando la investigación sobre la prevalencia al respecto resulta aún muy poca o es inexistente. Incidentes de odio, tales como el hostigamiento por cuestiones de raza, religión u orientación sexual resultan más probables de surgir cuando los perpetradores potenciales se encuentran intoxicados, aún cuando este fenómeno no ha sido adecuadamente investigado.

1.2.3. DAÑOS Y COSTOS A NIVEL INSTITUCIONAL

1.2.3.1. DAÑO A LA PROPIEDAD DENTRO DEL CAMPUS. EL consumo de alcohol por parte de los estudiantes universitarios puede afectar la imagen y el bienestar institucional de las universidades. El daño a la propiedad informado por los estudiantes, a consecuencia de su consumo de alcohol, ciertamente incluye a la propiedad dentro del campus, que es destruida por acciones vandálicas de los estudiantes en inmuebles diversos, particularmente durante los conciertos y eventos atléticos y deportivos, lo cual produce costos importantes a la institución como un todo. Aún no se dispone de investigación precisa al respecto sobre estas consecuencias, aún cuando algunos estudios han informado de problemas que van de “moderado” a “mayores” con daño a la propiedad del campus.

1.2.3.2. TASAS DE FRACASO Y ABANDONO ESCOLAR. Dada la prevalencia del deterioro académico citado previamente en términos de daño individual ocasionado a uno mismo, se puede extrapolar que el consumo excesivo de alcohol puede contribuir, significativamente, a tasas de fracaso y abandono escolar. Esto se convierte en un costo institucional en la medida en que la deserción escolar tiene efectos en una disminución de ingresos económicos por pagos de colegiatura.

1.2.3.3. COSTOS EN PÉRDIDA DE TIEMPO Y ESTRÉS DEL PERSONAL. Otros costos institucionales podrían incluir las demandas adicionales de tiempo y estrés en el personal de la universidad que es requerido para que atienda a los estudiantes que consumen alcohol excesivamente. Aún cuando se carece de estudios detallados sobre pérdidas de tiempo y costos emocionales, ciertamente es el caso que gran cantidad de la carga de consejería de parte de los centros de atención se relaciona con apoyo al personal de seguridad y en audiencias administrativas sobre casos de disciplina académica, en los que se encuentra involucrado el consumo excesivo de alcohol. Además, el tiempo y energía emocional que los administradores de las universidades deben de dedicar a los estudiantes cuando un estudiante tiene una

sobredosis de alcohol y es hospitalizado y muere de envenenamiento de alcohol u otros incidentes relacionados con el alcohol, pueden ser muy grandes.

1.2.3. LOS PROBLEMAS DE ALCOHOL Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO EN EL SECTOR ESTUDIANTIL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DE LA UNAM

En México, el consumo de alcohol en estudiantes universitarios ha generado interés desde una óptica de salud pública por los problemas relacionados con su consumo (Mora-Ríos & Natera, 2001). En población universitaria, los resultados de las encuestas revelan que la proporción de bebedores de alcohol y los problemas relacionados aumentan con la edad. En 1980, el consumo “alguna vez en la vida” en esta población fue de 86.4% y los problemas más frecuentemente reportados fueron: el deseo de beber menos (16%), los arrestos (9.8%) y los problemas familiares (5.6%) (Castro & Maya, 1987).

Mora-Ríos y Natera (2001) realizaron en el año de 1998 un estudio transversal exposfacto, en el cual se obtuvo un muestreo diversificado por cuotas en universidades públicas (52.2%) y privadas (47.5%) de la ciudad de México, considerando diferentes áreas de estudio, como ciencias biológicas (20%), artísticas (19%), ciencias económico-administrativas (12%), ciencias exactas (14.5%) y ciencias sociales (34%). Asimismo, se estableció un control por sexo y tipo de universidad. Participaron 678 estudiantes universitarios de sexo masculino y femenino, cuyas edades oscilaban entre los 17 y 25 años de edad, con una edad promedio de 20 años. Del total de estudiantes, 52% presentó un consumo moderado y 17% no eran consumidores. Los resultados encontrados en relación con el consumo excesivo, empleando cuestionarios basados en los criterios propuestos por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1988) fueron los siguientes: Del total de los estudiantes, 31% presentó un consumo alto (cinco o más copas por ocasión de consumo en el último año), principalmente en los varones. La proporción fue de tres hombres por una mujer con consumo excesivo. Al considerar el consumo excesivo, 6% de las estudiantes se ubicó entre los 20 y 22 años de edad, mientras que en los estudiantes correspondió el rango de 23 a 26 años (14%).

Respecto al patrón de consumo por tipo de escuela, se observó un consumo ligeramente más elevado en las estudiantes de universidades privadas (17.9%) que en las estudiantes de universidades públicas (11.6%). Por otra parte, el consumo más alto en los estudiantes correspondió a los de las universidades públicas en comparación con los de las privadas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Del total de estudiantes consumidores, 26% mencionó tener problemas relacionados con el consumo, principalmente los hombres (17.9%) en comparación con 8.2% de las mujeres; los problemas más importantes fueron de relaciones interpersonales, con la policía y con la salud física, seguidos por los accidentes. Al

relacionarse el patrón de consumo y los problemas relacionados, hubo una tendencia a informar mayores problemas relacionados con el alcohol en los hombres que presentaban un consumo más elevado.

Estudios más recientes realizados en población estudiantil, a nivel licenciatura, de la Universidad Nacional Autónoma de México, informan de la magnitud del consumo excesivo de alcohol, tal es el caso del Examen Médico Automatizado (EMA, 2005) aplicado a 23,987 estudiantes de la UNAM, el cual arrojó los siguientes resultados en cuanto a la cantidad de copas que acostumbraban a beber por ocasión. De los 13,906 estudiantes que informaron consumir bebidas con alcohol, 3508 estudiantes (25.1%) informó consumir de 4 a 5 copas por ocasión, correspondiendo 30.7 % a los varones (2,121 estudiantes) y 19.6% a las mujeres (1387 estudiantes), en tanto que 1839 estudiantes (13.1%) informó consumir 6 o más copas por ocasión, correspondiendo 20.6% a los varones (1426 estudiantes) y 5.8% a las mujeres (413). Por otro lado, un 39% informó consumir una vez al mes, en tanto que 23.1% informó hacerlo una vez a la semana.

Por otro lado, en una encuesta estudiantil realizada en la Facultad de Psicología de la UNAM (Quiroga et al., 2003c) con 1502 alumnos de licenciatura, se informó que un 25.9% (35.3% hombres y 16.6% mujeres) consumía alcohol de manera excesiva (5 o más copas de alcohol por ocasión de consumo). En relación con los problemas relacionados con el consumo de 5 copas o más en una sola ocasión de consumo durante el último mes, se encontró que un 4.1% presentaron dificultades escolares, un 13.8% sufrieron daños personales, un 6.1% tuvieron accidentes automovilísticos, un 16.1% reportó olvidos, un 6.1% informó manejar en estado de ebriedad, un 44.5% reportó cambios de humor, un 9.6% reportó faltar a la escuela, un 13.3% reportó discusiones con otras personas, un 28.2% se involucró en conductas inapropiadas, un 5.4% tuvo dificultad de relaciones, un 8.9% reportó falta de control personal. Por otro lado, en relación con manifestar síntomas de dependencia, un 8.2% manifestó deseos constantes por consumir alcohol.

Existe una diversidad de instrumentos específicos para medir los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo (Véanse las revisiones efectuadas por el NIAAA, 1995a; y por Cooney, Kadden & Steinberg, 2005), dentro de la cuales podemos mencionar el Inventario de Consecuencias del Bebedor (DrInC; Miller, Tonigan & Longabaugh, 1995); el Perfil Comprensivo del Bebedor (Miller & Marlatt, 1984) y el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (Quiroga & Cabrera, 2003b), traducido y adaptado al español del original Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI; White & Labouvier, 1989).

Factores Involucrados en los Problemas de Alcohol en Estudiantes Universitarios

Existe un amplio reconocimiento por parte de la comunidad científica de que cualquier conducta relacionada con la salud, incluyendo al consumo de alcohol por parte de los estudiantes universitarios, se ve afectada a través de múltiples niveles de influencia: factores intrapersonales (individuales), interpersonales (grupales), institucionales, comunitarios y por las políticas públicas (Stokols, 1996), de tal suerte que el consumo de alcohol es un fenómeno que se lleva a cabo dentro de un contexto social, económico y político que va más allá de la propia universidad como tal.

En este mismo sentido, Medina-Mora y Mariño (1999) indican que "...la evidencia científica señala que la conducta se moldea por factores genéticos, psicológicos y ambientales, y que la dependencia resulta de una interacción compleja de factores biológicos y del contexto en que vive y se desarrolla el individuo, conocidos como factores de riesgo" (p. 68).

2.1. FACTORES INDIVIDUALES

2.1.1. FACTORES BIOLÓGICOS. Se han estudiado diversos factores individuales intrapersonales de índole biológica con el fin de explicar el consumo y los problemas de alcohol entre los estudiantes universitarios. Los factores biológicos asociados con el consumo de alcohol y con la probabilidad de desarrollar dependencia son muy variados; se sabe que algunos neurotransmisores pueden afectar la sensación de placer que algunas personas experimentan al beber, ubicándolas en mayor riesgo, mientras que algunos factores metabólicos pueden inducir reacciones adversas en ciertas personas, protegiéndolas así de la dependencia (Edwards, Anderson, Babor, Casswell, Ferrence et al., 1994).

2.1.1. GENÉTICA. Uno de los factores de riesgo biológico más importante es la vulnerabilidad genética; los estudios familiares señalan que la *dependencia* es un fenómeno familiar. Cerca del 70% de los alcohólicos tienen una *historia familiar positiva* de alcoholismo en parientes de primero o segundo grado; asimismo, se ha observado que los hijos de alcohólicos tienen de 3 a 4 veces más riesgo de desarrollar alcoholismo en comparación con los hijos de los no alcohólicos (IOM; 1994).

Ha existido un gran interés en el papel de la genética en la etiología de los problemas relacionados con el alcohol. Sin embargo, muy poca investigación sobre la genética se ha centrado en los estudiantes universitarios desde una perspectiva clínica. Quizás esto se deba al hecho de que, en promedio, los estudiantes universitarios no muestran signos de una dependencia severa al alcohol, aún cuando un sub-grupo de estudiantes consume, en ocasiones, grandes cantidades de alcohol.

Además, existe controversia en la investigación sobre la evidencia de que los estudiantes universitarios con padres que presentan problemas de alcohol, consuman más o tengan más problemas relacionados que sus pares de familias no alcohólicas (Alterman et al., 1989; Bogart, Yeatman, Sirridge & Geer, 1995; Engs, 1990; Havey & Dodd, 1993). En contraste, Kushner y Sher (1993) informaron de mayores tasas de trastornos por uso de alcohol entre los hijos de alcohólicos (35%) comparados con los hijos de no alcohólicos (16%) en una amplia muestra de estudiantes universitarios. Resultados similares encontraron Perkins y Berkowitz (1991); Pullen (1994); y H.E. Rodney y Rodney (1996).

Resulta difícil conciliar estos hallazgos de investigación tan opuestos, lo cual se pueda deber a cuestiones metodológicas como es el tamaño de las muestras, las variadas formas de definir y medir la *historia familiar* y la naturaleza de los métodos de auto-informes empleados, que puedan estar limitando la confiabilidad de los resultados (Baer, 2002). En resumen, aún cuando parezca probable que los hijos de alcohólicos dentro de las poblaciones universitarias puedan estar en un mayor riesgo de problemas de alcohol, lo inconsistente de la evidencia de la investigación sugiere que puede ser un factor de riesgo más pequeño o variable que cuando se le estudia en otras poblaciones.

Sin embargo, independientemente del riesgo genético, la conducta de los padres ha sido estudiada como un predictor de riesgo de consumo de alcohol. Brennan, Walfish y AuBuchon (1986b), revisaron 10 estudios que examinan los informes de los padres y de los hijos sobre prácticas de consumo de alcohol. Ocho de estos estudios mostraron efectos positivos, sugiriendo que el consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios se encuentra asociado con un incremento en el consumo de alcohol de sus padres. Sin embargo, los estudios carecieron de consistencia con respecto a diferencias de género, sugiriendo algunos que el efecto es mayor entre los hombres, en tanto que otros, que es mayor entre las mujeres. Todos los estudios se basaron en las percepciones de los estudiantes sobre la conducta de sus padres, lo cual puede resultar contaminado por las prácticas de consumo de alcohol y las normas percibidas por los estudiantes.

Los estudios con gemelos son modelos más útiles para evaluar la heredabilidad de algún rasgo; se supone que si el rasgo tiene una alta heredabilidad, la concordancia entre gemelos homocigóticos, quienes comparten el 100% de los genes, debe ser mayor que la concordancia entre gemelos dicigóticos. A pesar de que existe más concordancia entre gemelos monocigóticos, ésta no es de la magnitud que se esperaría, de ser la base genética la explicación única. Un tercer modelo son los estudios sobre adopción: hombres y mujeres, hijos de alcohólicos, criados por familias no alcohólicas, tienen 3 a 4 veces más riesgo de desarrollar abuso y dependencia (IOM, 1994).

En resumen, puede decirse que existe suficiente evidencia para apoyar la hipótesis de la participación de la transmisión genética en la etiología del

alcoholismo, pero al no ser concluyente apunta también a la importancia de otros factores psicológicos y ambientales en la génesis de este problema (Medina-Mora & Mariño, 1999).

2.1.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

2.1.2.1. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

La revisión de la literatura realizada por Baer (2002), se ha centrado en las características de personalidad de los estudiantes. El consumo entre los estudiantes universitarios se encuentra comúnmente asociado con la búsqueda de sensaciones/impulsividad o la regulación de estados emocionales negativos que incluyen a la depresión y a la ansiedad.

Los estudios sobre la personalidad de los estudiantes con respecto al consumo de alcohol resultan ser los más comunes. La personalidad se refiere, normalmente, a maneras características de pensar, sentir y actuar, que muestran cierta consistencia cuando se les mide a través de situaciones, a lo largo del tiempo (Baer, 2002). La investigación sobre la personalidad y el consumo excesivo de alcohol se ha organizado con base a tres constructos de personalidad de amplio espectro: impulsividad/desinhibición, extroversión/sociabilidad y neuroticismo/emocionalidad (Sher & Trull, 1994; Sher, Trull, Bartholow & Veith, 1999).

2.1.2.1. IMPULSIVIDAD/DESINHIBICIÓN. Uno de los hallazgos más consistentes de la revisión de Brennan, Walfish, y AuBuchon (1986a), con estudiantes universitarios, fue la asociación entre una dimensión general de la personalidad, descrita como “*expresión de impulso/búsqueda de sensación*” y el consumir más frecuentemente alcohol, en mayores cantidades y con consecuencias más negativas. En estos estudios iniciales, los consumidores excesivos fueron descritos como buscadores de placer, extrovertidos, impulsivos, rebeldes e inconformes. Esta relación aparentaba ser cierta, tanto para hombres como para mujeres y para estudios observacionales y de auto-informe. Diversos estudios de la revisión de Brennan et al. (1986a) también documentan que los consumidores excesivos consistentemente asumían actitudes permisivas hacia el consumo excesivo.

Desde 1985, ésta relación entre un estilo de personalidad de búsqueda de sensación, desinhibición y no conformidad ha sido replicada consistentemente. Los estudiantes universitarios descritos como *impulsivos* (Camatta & Nagoshi, 1995) y *desinhibidos* (Clapper, Martin & Clifford, 1994) que obtienen mayores calificaciones en las escalas de Desviación Psicopática e Hipomanía del Inventario Minnessotta Multifásico de la Personalidad (MMPI, Minnessotta, Multiphasic Personality Inventory) (Valliant & Scanlan, 1996); *con una historia de conducta desviada* (MacDonald, Fleming & Barry, 1991), *búsqueda de sensación* (Arnett, 1996; Johnson, Hamilton & Sheets, 1999) y *no conformidad* (Harvey & Dodd, 1993) y consumen más excesivamente y más frecuentemente que otros estudiantes. Los estudiantes con una *historia de conducta desviada* no únicamente consumen más

antes de entrar a la universidad, sino que también incrementan en un mayor grado sus tasas de consumo al ingreso a la universidad (Baer, Novick & Hummel-Schluger, 1995). También existe un estudio que ha documentado una relación entre el *enojo* y problemas de alcohol (Leibsohn, Oetting & Defenbacher, 1994).

2.1.2.1. 2. EXTROVERSIÓN/SOCIABILIDAD. También se ha investigado la dimensión *extroversión/sociabilidad* de la personalidad como un predictor de diferencia individual de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios. De hecho, los estudiantes evaluados como *extrovertidos* (Martsh & Miller, 1997) y aquellos que califican a las fiestas como importantes (Wechsler et al., 1995c) consumen más alcohol que otros estudiantes. La investigación sugiere que la *sociabilidad* y la *extroversión* pueden tener un rol específico en la etiología del consumo dentro del contexto universitario. Sin embargo, cabe señalar, que aún cuando puede estar relacionada con las tasas de consumo de alcohol, está menos relacionada con problemas relacionados con el consumo, de ahí que se requiera de mayor investigación, a fin de especificar más adecuadamente la naturaleza de esta relación. Esto resulta relevante debido a que la *sociabilidad* no se relaciona consistentemente con los problemas de consumo de alcohol en algunas poblaciones estudiantiles universitarias (Sher & Trull, 1994; Wood, Vinson, Sher, Bartholow & Nanda, 2001). Esta conclusión la sugieren los datos que muestran efectos sólidos de las organizaciones sociales sobre el consumo y las evaluaciones de la personalidad. La *sociabilidad* y la *extroversión* pueden también explicar, en parte, el porque los estudiantes temporalmente consumen más que sus contrapartes no estudiantes (Shulenberg, Maggs, Long, Sher, Gotham et al., 2001).

2.1.2.1.3. NEUROTICISMO/EMOCIONALIDAD. La revisión de Brennan et al. (1986a) también ha señalado que existe inconsistencia en el apoyo para una relación entre los patrones de consumo de alcohol de los estudiantes universitarios y la *ansiedad*, *depresión* y otros indicadores de *congoja emocional*. Dos estudios han encontrado relaciones positivas, aunque débiles, entre altos puntajes de *neuroticismo* y frecuencia de consumo, pero no en cantidad. Dos estudios diferentes encontraron relaciones entre puntajes extremadamente altos en la *ansiedad rasgo* y consecuencias negativas del consumo. Estas relaciones fueron típicamente mayores entre las mujeres universitarias que entre los hombres universitarios. Sin embargo, al menos dos estudios informaron de una relación inversa – aquellos individuos que consumieron alcohol más frecuentemente experimentaron menos ansiedad que aquellos que consumieron alcohol menos frecuentemente. Brennan et al., documentan cuatro estudios en los que se demuestra una relación entre variables tales como soledad, frustración, depresión y aburrimiento, y frecuencia, cantidad y consecuencias del consumo de alcohol entre las estudiantes universitarias, pero no entre los estudiantes universitarios.

2.1.2.1.4. RELIGIOSIDAD/CONVENCIONALIDAD. Consistente con la investigación que señala que los estudiantes que son más rebeldes y menos conformistas con los valores tradicionales consumen más alcohol, diversos estudios demuestran que los

estudiantes que son más *religiosos* y más comprometidos con los valores tradicionales consumen menos alcohol (Engs, Diebold & Hanson, 1996; Patock-Peckham, Hutchinson, Cheong & Nagoshi, 1998; Wechsler, Dowdall, Davenport & Castillo, 1995c).

2.1.2.2 REGULACIÓN DE ESTADOS EMOCIONALES NEGATIVOS

2.1.2.2.1. ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. Camatta y Nagoshi (1995) informaron de una correlación positiva entre *estrés*, *depresión*, *creencias "irracionales"* y problemas de alcohol. Sin embargo, un análisis de regresión posterior sugirió que la depresión medió la relación entre el estrés y los problemas de alcohol. Pullen (1994) también ha señalado a la *depresión* y al estado de *ansiedad* como predictores de problemas de consumo. Kushner y Sher (1993) documentaron un aumento en la comorbilidad entre la ansiedad y el diagnóstico de alcohol. En este estudio, un diagnóstico de alcohol tuvo una probabilidad de casi dos veces más entre aquellos que tenían un diagnóstico de ansiedad, en comparación con aquellos que no lo tenían. Cabe señalar que estas relaciones son consistentes cuando los niveles de ansiedad son altos (niveles que resultan en un diagnóstico clínico), en tanto que cuando los niveles de ansiedad social son moderados, resultan ser predictores inconsistentes de la conducta de consumo (Brennan et al., 1986a).

2.1.2.2.2. BAJA AUTOESTIMA. En la revisión de Brennan et al. (1986a), cinco estudios documentan una relación entre el consumo excesivo de alcohol y una *baja autoestima*, aún cuando uno de los estudios específicamente evaluó esta relación y no la encontró (Ratliff & Burkhart, 1984). En la revisión de Brennan et al. Se sugirió que la relación entre la *autoestima* y el consumo de alcohol era mayor entre las mujeres que entre los hombres. Más recientemente, la investigación de Corbin, McNair y Carter (1996) replicó la relación entre mayor consumo de alcohol y más baja autoestima sólo en las mujeres. Waltzer y Sher (1996) siguieron esta misma línea de investigación con la misma muestra de estudiantes universitarios por un periodo de cuatro años y encontraron que una *baja autoestima* durante la línea base predijo trastornos por el consumo de alcohol a los tres y cuatro años del seguimiento, únicamente entre las estudiantes. Cabe señalar que el estudio de Waltzer y Sher (1996) evaluó y descartó el efecto inverso, esto es, que el consumo excesivo causara la baja autoestima. También cabe destacar, que los diagnósticos de problemas relacionados con el alcohol, representan una prueba más sólida para determinar una relación entre la autoestima y los problemas de alcohol, que la mayoría de los estudios que consideran únicamente las tasas de consumo de alcohol.

2.1.2.3. EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL

El concepto de *expectativas* hacia el alcohol, se le define como creencias específicas acerca de los efectos conductuales, emocionales y cognitivos del alcohol. En los últimos 10 años ha habido un considerable interés en cómo las expectativas sobre el alcohol se relacionan con el consumo y riesgos asociados al

consumo. Se piensa que la representación cognitiva de los efectos del alcohol afecta las decisiones y motivaciones para consumirlo y se pueden desarrollar patrones de consumo más problemático o riesgoso. Las expectativas sobre el alcohol son normalmente evaluadas por medio de cuestionarios en los que se les pide a los estudiantes que evalúen la probabilidad y/o valor de conductas específicas o sentimientos que piensan que ocurrirán con el consumo de alcohol.

Se ha realizado considerable investigación con estudiantes universitarios. Brown (1985) demostró que las expectativas hacia el alcohol tenían mejor capacidad predictiva del consumo de alcohol en universitarios que las variables demográficas. Posteriormente, se demostró que los bebedores sociales tenían expectativas sociales hacia el alcohol, en tanto que los bebedores problema tenían expectativas de reducción de tensión hacia el alcohol. De esta manera, las expectativas hacia el alcohol no sólo incrementaban la predicción del consumo universitario, sino que se encontraban, también, diferencialmente relacionadas con los patrones de consumo problemático y no problemático universitario. Otros estudios que emplearon también muestras de estudiantes universitarios y diferentes metodologías, encontraron que los consumidores excesivos reportaron efectos más positivos, en todas las dimensiones, que los consumidores más leves (Bogart et al., 1995; Leigh, 1987). Leigh y Stacy (1993) informaron, de manera similar, que la expectativa positiva era un predictor más poderoso de la conducta de consumo que la expectativa negativa. Werner, Walker y Greene (1995) informaron que los consumidores más excesivos esperaban efectos más positivos del alcohol sobre la sociabilidad y la sexualidad y esperaban menos efectos negativos del alcohol sobre el deterioro cognitivo y conductual.

Con el fin de evaluar las posibles relaciones causales entre el consumo de alcohol y las creencias hacia los efectos del alcohol, recientemente se han llevado a cabo diversos intentos en el uso de medidas de expectativas para predecir el consumo de alcohol entre estudiantes universitarios. En un estudio con 184 estudiantes a quienes se les solicitaron mediciones de consumo y expectativas (Werner et al., 1995) se informó que los consumidores de alto riesgo tenían expectativas positivas altas hacia los efectos del alcohol y que aquellos que tenían las categorías de consumo problemático tenían las expectativas positivas más altas hacia los efectos del alcohol y menos preocupación de los resultados negativos del alcohol. Carey (1995a) encontró que las expectativas globales positivas predijeron cantidades máximas de consumo de alcohol diario y que las expectativas de incremento sexual predijeron la frecuencia de consumo.

Quizás el estudio prospectivo más comprensivo de expectativas en consumo universitario es el de Sher, Wood, Wood y Raskin (1996). En esta muestra, 458 estudiantes universitarios, cuya mitad eran hijos de alcohólicos, fueron evaluados anualmente durante un periodo de cuatro años. Se evaluaron cuatro subescalas de expectativas de resultados (Reducción de la Tensión, Lubricación Social, Aumento en la actividad y Aumento en el Desempeño) para medir un constructo general de la

fuerza de las expectativas de resultados hacia el alcohol. Se evaluaron las tasas de consumo anualmente, empleando cuatro medidas de consumo de frecuencia y cantidad. Los resultados sugirieron, en primer término, que los hijos de alcohólicos reportaron mayores expectativas en todas las cuatro escalas y que las expectativas disminuyeron, generalmente, a lo largo de los cuatro años de la universidad. Se demostró una predicción prospectiva de las tasas de consumo a partir de las expectativas de resultados a lo largo del intervalo de cuatro años.

Baer (2002) concluye que los estudios acerca de las expectativas por los individuos han señalado una relación con el consumo de alcohol, aún cuando se requiere de más investigación. También dicho autor señala que se requiere de más estudios longitudinales, de investigaciones más representativas de la comunidad estudiantil en su conjunto, de trabajos adicionales sobre la genética de los problemas relacionados con el alcohol dentro de esta población y de estudios que empleen enfoques multivariados.

2.1.2.4. NORMAS PERCIBIDAS HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL

Las *normas percibidas* se refieren a evaluaciones que hacen los estudiantes acerca de lo aceptable y normal de diversas conductas de consumo de alcohol. La evaluación de las normas percibidas es, en esencia, un intento por medir el grado de conocimiento que tiene un estudiante sobre el apoyo social y el grado de aceptación de las prácticas de consumo de alcohol.

En los últimos años se ha puesto una considerable atención a las *normas sociales* para el consumo de alcohol dentro de las universidades. Los datos han señalado que el consumo por los pares es un predictor poderoso de las tasas de consumo individual y que los consumidores excesivos mantienen actitudes más consecuentes con el consumo excesivo. Perkins y Berkowitz (1986) señalan que los estudiantes, a pesar de mantener actitudes moderadas acerca del consumo excesivo, perciben a la norma comunitaria de consumo de alcohol de una manera más liberal que la propia. Este patrón de "Ignorancia pluralista" ha sido replicado por Prentice y Miller (1996), al documentar que los estudiantes de la Universidad de Princeton percibieron que el estudiante promedio se encontraba más cómodo con las prácticas de consumo del campus de lo que ellos mismos lo estaban. Baer y colegas (Baer & Carney, 1993; Baer, Stacy & Larimer, 1991) demostraron que los estudiantes pensaron que las normas de las tasas de consumo y las consecuencias del consumo no solamente eran más altas que las suyas, sino más altas de lo que realmente eran cuando se les medía independientemente. Esta discrepancia ha sido documentada al evaluar el consumo de alcohol y de otras sustancias en una muestra grande de universidades (Perkins, Meilman, Leichliter, Cashin & Presley, 1999).

Existe cierta evidencia de que las *altas normas percibidas* constituyen factores de riesgo individual para el consumo excesivo; esto es, que la percepción de normas altas se encuentra asociada con más altos niveles de consumo y problemas

relacionados (Perkins & Wechsler, 1996; Thombs, Wolcott & Farkash, 1997; Wood, Nagoshi & Dennis, 1992). Sin embargo, no todos los estudios documentan esta relación, incluyendo uno específicamente diseñado para probarlo (Baer & Carney, 1993). Un estudio (Wood et al., 1992) mostró que las *normas sociales percibidas* para el consumo de alcohol se encontraban relacionadas con las tasas de consumo, pero no con los problemas relacionados con el consumo, cuando se probó dentro de un modelo multivariado en el que se incluyeron medidas de motivos de consumo y expectativas hacia el alcohol.

Perkins y Wechsler (1996) informaron que las *normas percibidas* para el consumo de alcohol predijeron consumo excesivo de alcohol entre los estudiantes que también adoptaron *actitudes liberales* acerca del consumo. De esta manera, las normas percibidas para el consumo pueden justificar o exacerbar el consumo excesivo solo bajo condiciones en las que ya existan actitudes sociales de más aceptación. Se requiere de mayor investigación para continuar refinando las medidas de percepción sobre las normas de consumo y para comprender mejor qué factores individuales y sociales llevan a su desarrollo. Igualmente, se requiere de investigación que documente que las normas percibidas predigan, independientemente, el consumo excesivo y riesgoso por medio de diseños longitudinales.

Baer (2002) concluye que los estudios acerca de las normas percibidas por los individuos han señalado una relación con el consumo de alcohol, aún cuando se requiere de más investigación. También dicho autor señala que se requiere de más estudios longitudinales, de investigaciones más representativas de la comunidad estudiantil en su conjunto, de trabajos adicionales sobre la genética de los problemas relacionados con el alcohol dentro de esta población y de estudios que empleen enfoques multivariados.

2.1.2.5. MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

Existe una considerable cantidad de investigación que ha estudiado los factores cognitivos que participan en la predicción de las tasas de consumo de alcohol y de los problemas relacionados entre los estudiantes universitarios. Los *motivos* para consumir se refieren a la necesidad o función psicológica que el consumo de alcohol satisface y que normalmente es evaluada por medio de respuestas de los estudiantes a cuestionarios sobre sus *razones* para consumir alcohol.

Se considera que existen diferentes *motivos* para consumir alcohol que se relacionan con efectos psicológicos primarios que son experimentados con el consumo del alcohol. Brennan et al. (1986a) identificaron ocho estudios que examinan diferentes motivos para el consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios. En los estudiantes universitarios normalmente emergen dos tipos

generales de motivos: consumir por propósitos sociales y consumir por propósitos de escape o alivio emocional. En la revisión de Brennan et al. En cinco estudios se encontró asociación entre *motivos de escape* y aumento en el consumo de alcohol y problemas relacionados en estudiantes universitarios. Sin embargo, al menos en un estudio se documentó un incremento en la frecuencia de intoxicación asociada con motivos de consumir para “emborracharse” (Wechsler & Rohman, 1981).

Investigación más reciente sugiere que ambas clases de motivos son igualmente importantes, quizás para diferentes individuos por diferentes tipos de resultados. Haden y Edmundson (1991) informaron que las tasas de consumo de alcohol se predicen mejor por *motivos sociales* que por *motivación personal* (aún cuando ambas motivaciones fueron predictores significativos del consumo dentro de un modelo de regresión). De manera similar, Bradley, Gossop, Brewin, Phillips y Green (1992) informaron que los *motivos positivos sociales* se relacionaron con las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol, además de los *motivos personales negativos*. Un estudio de Billingham, Parrillo y Gross (1993) sugiere la presencia de diferencias de género en la función de las motivaciones para consumir alcohol. Estos autores encontraron más razones para consumir en las mujeres que en los hombres. Para las mujeres, factores tales como “*consumir para emborracharme*”, “*olvidar decepciones*”, “*sentirse bien*” y “*pasarla bien en las citas*”, contribuyeron en un análisis discriminante multivariado. En el caso de los hombres, pocos factores emergieron, y uno de ellos “*consumir para emborracharme*”, explicó la mayor parte de la predicción multivariada.

Cronin (1997) desarrolló una escala sobre “razones para consumir alcohol” constituida por tres dimensiones primarias: *camaradería social*, *aumento del estado de ánimo* y *reducción de la tensión*. En los modelos de regresión que predecían las tasas de consumo figuró, en primer lugar, la dimensión de camaradería social, pero en la predicción de los problemas relacionados con el alcohol figuró, en primer lugar, la dimensión de aumento del estado de ánimo. En la mayoría de los modelos las tres motivaciones demostraron un solo potencial predictivo. Finalmente, Carey y Correia (1997) emplearon la motivación para consumir a fin de comprender la relación entre las tasas de consumo y los problemas relacionados con el alcohol entre los estudiantes universitarios. Estos autores encontraron que los *motivos de reforzamiento negativo* explicaron la varianza en los problemas relacionados con el alcohol, más allá de lo explicado por las tasas de consumo. Por otra parte, los *motivos de reforzamiento negativo* no contribuyeron significativamente al análisis multivariado. Los autores concluyeron, con base en análisis adicionales, que tanto los motivos de reforzamiento positivo como negativo contribuyen indirecta y directamente en la explicación de los problemas de alcohol.

Cabe señalar, que ninguno de los estudios descritos en relación con los motivos para consumir tuvo un diseño longitudinal y todas las muestras empleadas fueron seleccionadas convenientemente. Sin embargo, un estudio longitudinal más reciente realizado por Perkins (1999) informó que el consumo motivado por *factores*

estresantes se tornó relativamente (en relación con otras motivaciones) más prevalente después de la graduación de la universidad, y en este momento posterior, se asoció con mayores tasas de consumo de alcohol. Interesantemente, esta relación aparece más pronto entre las mujeres que entre los hombres, después de la graduación de la universidad.

2.1.2.6. TRANSICIONES DEL DESARROLLO Y ESTRÉS ACUMULATIVO.

Por otro lado, Schulenberg y Maggs (2002) empleando una perspectiva desarrollista que toma en consideración las tareas y desafíos de esta etapa, han examinado el consumo de alcohol de los estudiantes universitarios. Estos caen dentro de los amplios dominios de la biología, la cognición, la identidad, la afiliación y el logro. Estos autores señalan un número de diferentes trayectorias de consumo de alcohol durante este momento de la vida, algunas de las cuales son más problemáticas que otras. También analizan factores de riesgo y protección, a partir de una perspectiva desarrollista y dentro de un contexto sociocultural. De manera particular, presentan los siguientes cinco modelos conceptuales que relacionan transiciones en el desarrollo con consumo de sustancias: El *Sobrecargado*, el de *Desarrollo Desigual*, el de *Heterogeneidad Aumentada*, el de *Transición Catalizada* y el de *Vulnerabilidad Incrementada a los Eventos Azarosos*.

2.1.2.6.1. MODELO SOBRECARGADO Este modelo considera a los riesgos de salud como el resultado potencial de experimentar múltiples transiciones del desarrollo sobre un corto periodo de tiempo. Este modelo es consistente con la teoría del *estrés acumulativo*, la cual dirige su atención a los múltiples cambios de roles que demandan las principales transiciones de la vida. En la transición hacia la universidad, los individuos empiezan como adolescentes y terminan como jóvenes adultos; cambian del estatus preparatorio al estatus universitario, de los hermanos a los compañeros de cuarto, de hijos de familia a adultos dentro de un departamento o residencia universitaria. Cuando las múltiples transiciones rebasan las capacidades de afrontamiento, el estado de bienestar suele afectarse. Las conductas de riesgo a nivel de la salud, dentro de las cuales se incluye al abuso de sustancias pueden funcionar como estrategias de afrontamiento alternativas (Damphouse & Kaplan, 1998).

2.1.2.6.2. MODELO DE DESARROLLO DESIGUAL. Este modelo hace énfasis en cómo las transiciones del desarrollo pueden alterar el ajuste entre los individuos y sus contextos. Basado en la teoría del ajuste persona-ambiente, el individuo en desarrollo es visto como sumergido en un nicho ecológico cambiante, de tal forma que la igualdad entre las necesidades de desarrollo del individuo y las oportunidades proporcionadas por el contexto es en sí misma dinámica (Galambos & Ehrenberg, 1997). Las transiciones pueden mejorar la igualdad y así proveer las oportunidades para un incremento en la salud, o pueden disminuir la igualdad y afectar de manera adversa a la salud. De muchas maneras la transición hacia la universidad (y hacia la juventud adulta, más generalmente) representa un nuevo

inicio con oportunidades de hacer nuevos amigos, gozar de una libertad diferente, explorar alternativas educativas y de desarrollo profesional futuro y experimentar con diferentes conductas y estilos de vida. Para la mayoría de los jóvenes, tales oportunidades se igualan con sus necesidades de desarrollo, lo que ayuda a explicar el porque el bienestar tiende a aumentar más rápidamente en aquellos estudiantes que van a la universidad (Shulenberg, O'Malley, Bachman & Johnston, 2000). Sin embargo, para otros, estas oportunidades pueden no igualar sus necesidades, estableciendo así el escenario para un aumento en los riesgos a su salud (p. ej. buscando satisfacción en contextos compensatorios no saludables).

2.1.2.6.3. MODELO DE HETEROGENEIDAD AUMENTADA. Este modelo sugiere que las transiciones desafiantes magnifican las fortalezas y debilidades existentes, incrementando así las diferencias interindividuales en el funcionamiento y en el ajuste. Estas diferencias tienden a aumentarse a lo largo de la adolescencia entre aquellos que enfrentan efectivamente con diversos estresores y aquellos que no lo hacen (Kazdin, 1993; Petersen, 1993). Los jóvenes que ya se encuentran experimentando dificultades pueden presentar más problemas en negociar nuevas transiciones y quedarse rezagados de sus compañeros que funcionan bien. Para aquellos individuos vulnerables que carecen de las destrezas sociales, académicas y organizacionales, el cambiarse de un ambiente hogareño que proporciona la familia, para vivir en un ambiente universitario puede ser muy estresante (Zirkel, 1992).

2.1.2.6.4. MODELO DE TRANSICIÓN CATALIZADA. En este modelo la toma de riesgo es vista, de manera general, como un componente importante para negociar ciertas transiciones de desarrollo. La idea de que el tomar cierta cantidad de riesgo es normal resulta apoyado por las altas tasas de prevalencia y pone en evidencia de que puede acompañar el desarrollo saludable de la personalidad (Baumrind, 1987). De acuerdo con Chassin, Presson y Sherman (1989), el tomar riesgo y aún la desviación puede tener funciones “constructivas” como “destructivas” para la salud y el desarrollo (Spear, 2000). Tal y como Maggs (1997) ha mostrado, el consumo de alcohol durante la transición hacia la universidad puede ayudar a alcanzar metas socialmente valiosas, tales como hacer nuevos amigos, aún cuando pueda amenazar la seguridad, la salud y el bienestar a corto y largo plazo. Alternativamente, el consumo de sustancias puede ser empleado para evitar las transiciones, tal como permanecer como estudiante por 5, 6 o más años y retardar de esta manera las responsabilidades y deberes de los roles de los adultos.

2.1.2.6.5. MODELO DE VULNERABILIDAD INCREMENTADA A LOS EVENTOS AZAROSOS. Este modelo se basa en el rol del azar en alterar los cursos de la vida (Bandura, 1982) y de esta manera aborda la pregunta del porqué muchas dificultades son impredecibles. De la misma manera que hay diferencias interindividuales en la receptividad a los eventos azarosos, también existen fluctuaciones intraindividuales en esta receptividad, con ciertos periodos a lo largo de la vida de ser sujetos a los efectos del azar. Las transiciones del desarrollo fundamentales que involucran nuevos contextos, tal como la transición a la

universidad, pueden ser coyunturas particularmente propicias debido a que causan una sensibilidad aumentada y conducta exploratoria hacia el nuevo contexto. Los jóvenes en transición tienen probabilidades de buscar y estar abiertos a los efectos de nuevas experiencias que incrementan su vulnerabilidad a los efectos negativos de los eventos azarosos, incluido el aumento en el consumo de sustancias y el aumento en las consecuencias negativas de tal consumo.

Estos cinco modelos no son mutuamente excluyentes. Aún cuando algunos de estos pueden verse como competidores entre sí (especialmente los primeros tres), ellos pueden ser mejor vistos como representativos de diversos arreglos de conexiones entre transiciones del desarrollo y riesgos de salud, especialmente el consumo de sustancias. Conjuntamente, los cinco modelos representan, únicamente, parte de la total estructura relacional entre el consumo de sustancia y las influencias del desarrollo, correlatos y resultados. Al centrarse en las transiciones, estos cinco modelos subrayan las conexiones proximales y contextuales basadas en el desarrollo con el consumo de sustancias, conjunto de conexiones que son centrales para la comprensión del consumo de alcohol universitario.

Por su parte, Shulenberg y Maggs (2002) reconocen la complejidad de las influencias sobre el consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios y recomiendan el empleo de investigación longitudinal, multivariada, y contextualmente sensible. Finalmente, sugieren que una perspectiva desarrollista puede informar e incrementar la intervención.

Los estudiantes normalmente inician sus carreras universitarias durante la adolescencia tardía, momento de un desarrollo continuo del cerebro. En consecuencia, dos cuestiones importantes surgen. La primera, ¿hay algo sobre el cerebro joven que afecta la sensibilidad a los efectos del alcohol, o que afecta la inclinación a beber? La segunda, ¿tiene el consumo de alcohol durante este periodo de desarrollo cerebral efectos duraderos sobre el cerebro? Spears (2002) analiza estudios en animales y con humanos que resultan relevantes a estas preguntas críticas. Aún cuando se requiere de más estudios, la evidencia reciente indica que los jóvenes pueden manifestar una sensibilidad reducida a los efectos del alcohol y una sensibilidad incrementada a los estresores, los cuales pueden influir en la conducta de consumo de alcohol. Además, la exposición al alcohol durante esta etapa puede interrumpir el desarrollo del funcionamiento del cerebro. Por ejemplo, se ha asociado el volumen del hipocampo con el consumo de alcohol en los humanos jóvenes (De Bellis, Clark, Beers, Soloff, Boring et al, 2000) y los estudios neuropsicológicos de los jóvenes han señalado una conexión entre el consumo y déficits en la memoria (Brown, Tapert, Granholm & Delis, 2000; Tapert & Brown, 1999). Si esta información resulta respaldada en investigaciones futuras, tal información podría diseminarse a los jóvenes como parte de una estrategia de investigación integrada.

2.1.2.6.6. PATRÓN DE PROBLEMAS DE ALCOHOL LIMITADOS AL DESARROLLO. En consistencia con los datos epidemiológicos que demuestran que el consumo excesivo en los adolescentes se encuentra relacionado con otra conducta delincuente, pero que comúnmente se encuentra limitado por el tiempo, disminuyendo significativamente en el tránsito de la juventud a la adultez, se ha propuesto un segundo patrón de problemas relacionados con el alcohol "limitados al desarrollo". Este segundo patrón se encuentra relacionado con la impulsividad (en menor grado que el tipo sociopático) al igual que con la extroversión. Una tercera ruta de desarrollo es el "Alcoholismo de Afecto Negativo", el cual se encuentra asociado con sintomatología depresiva y ansiedad. Se cree que tiene un desarrollo tardío en la vida del individuo, se desarrolla más lentamente y se encuentra menos asociado con la adolescencia en general, y en lo específico, con la conducta delincuente. Zucker, Fitzgerald y Moses (1995) sugieren que en cada caso diversos procesos ambientales (estrés, carencia de prácticas de crianza básicas, disponibilidad de alcohol) y/o procesos biológicos (temperamento, sensibilidad fisiológica) facilitan el desarrollo de problemas de alcohol (Véase también a Tarter & Vanyukov, 1994).

En contraste, el segundo patrón de problemas de alcohol que se encuentra limitado al desarrollo puede explicar gran parte del consumo de alcohol que suele encontrarse dentro del campus universitario. Las relaciones entre el consumo y la expresión de impulsividad, la desviación, las expectativas hacia el alcohol y los contextos de consumo respaldan esta conclusión. El que el consumo universitario se encuentre asociado con la sociabilidad y la extroversión, también se ajusta bien con el modelo de problemas relacionados con el alcohol que se encuentra limitado al desarrollo. El modelo del consumo de alcohol universitario que se encuentra limitado al desarrollo resulta también consistente con los datos que documentan que el consumo excesivo generalmente no persiste dentro de los roles posteriores al periodo universitario (Donovan, Jessor & Jessor, 1983; Jessor, Donovan & Costa, 1991; Baer, Maclean & Marlatt, 1998).

2.2. FACTORES GRUPALES

2.2.1. INSTITUCIONALES

Presley et al. (2002) han considerado la relación entre los ambientes universitarios con el consumo de alcohol por parte de los estudiantes. En general, los estudios señalan que las siguientes variables institucionales se encuentran relacionadas con el consumo de alcohol de los estudiantes: las afiliaciones (p. ej., instituciones para mujeres), la presencia de un sistema estudiantil, el papel de la actividad atlética en el campus, el tipo de residencia, el tamaño de la institución, la ubicación de esta, la cantidad total de consumo en el campus, el precio y disponibilidad de alcohol en áreas de densidad. Sin embargo, los autores señalan que la literatura existente dentro de esta área es escasa y normalmente ha analizado las variables institucionales una por una, en lugar de emplear modelos multivariados. Los autores concluyen que, en este momento, la investigación resulta insuficiente

como para indicar qué factores afectan más al consumo de los estudiantes. Aspectos adicionales de los ambientes universitarios no estudiados o reconocidos pueden también ser importantes predictores del consumo de los estudiantes en universidades específicas. Las universidades se encuentran a si mismas inmersas en ambientes más grandes, al tiempo que constituyen ambientes sociales y culturales más pequeños. A manera de conclusión estos autores hacen énfasis en la importancia de un modelo sólido del consumo de alcohol que incorpore al ambiente, la cultura del campus estudiantil y los factores individuales.

2.2.1.1. AFILIACIÓN SOCIAL. El consumo de alcohol por parte de los pares es quizá el predictor más fuerte de consumo entre los adolescentes (Bucholz, 1990; Jacob & Leonard, 1994). Los años universitarios resultan comúnmente marcados por la actividad social, y gran parte del alcohol empleado en el campus universitario es consumido en pequeñas o en grandes festividades. De esta manera, la investigación sobre el consumo de alcohol en el campus universitario se ha empezado a centrar tanto en la evaluación como en la predicción de las actividades sociales, a fin de tener una comprensión mejor de ella. Cabe señalar, que el estudio de las actividades sociales necesariamente combina estudios sobre factores a nivel del individuo (p. ej. las organizaciones sociales que el estudiante selecciona y mantiene) y de factores que existen en un nivel más social (p. ej., los efectos de las organizaciones sociales en su participación).

2.2.1.2. ORGANIZACIONES ESTUDIANTILES Y ACTIVIDADES ATLÉTICAS. Diversos estudios han explorado variaciones en el consumo de alcohol de los estudiantes universitarios en función de los tipos de actividades y organizaciones en las que participan. Algunas de estas actividades son públicas y altamente visibles (p. ej. atletismo), por lo que originan mucha atención a los administradores. Los escenarios en que residen los estudiantes universitarios también afectan al consumo de alcohol. Los estudiantes que viven en casa de sus padres tienden a consumir menos alcohol (Valliant & Scanlan, 1996). Los dormitorios universitarios han sido asociados con un incremento en el consumo de alcohol en diversos estudios con poblaciones numerosas (Barnes, Welte & Dintcheff, 1992; Gfroerer, Greenblat & Wright, 1997).

Existen datos muy sólidos que sugieren que los miembros de organizaciones sociales como las fraternidades y los sistemas griegos, consumen más frecuentemente y de manera más intensa que otros estudiantes (Cashin, Presley & Meilman, 1998; Engs et al., 1996; Wechsler et al., 1995c).

En el estudio de Cashin et al. (1998) con más de 25,000 estudiantes de 61 instituciones, los estudiantes afiliados a ciertos sistemas y fraternidades reportaron una mayor frecuencia y cantidad de consumo y más consecuencias negativas relacionadas al consumo en comparación con estudiantes sin afiliación a tales organizaciones sociales. Los miembros de tales organizaciones sentían que el alcohol era un vehículo para la amistad, la actividad social y la sexualidad, en un número mayor de miembros, que para el grupo comparativo de no-miembros. Cabe

señalar, que los líderes de tales organizaciones consumían más alcohol que el miembro promedio, sugiriendo que el liderazgo puede establecer normas de consumo excesivo. De hecho, las fraternidades parecen aceptar como normales a los niveles altos de consumo de alcohol (Baer, 1994). En el estudio de Wechsler et al. (1995c) la membresía a una fraternidad fue el mayor predictor de la frecuencia de consumo excesivo en una regresión logística de 18 factores de riesgo. Cabe señalar, que los estudios de Engs et al. (1996), Cashin et al. (1998) y Wechsler et al. (1995c) incluyen datos de cuestionarios de múltiples universidades, lo que aumenta la confianza en la generalidad de este hallazgo. Finalmente, Sher et al. (2001) recientemente han demostrado, con su estudio longitudinal, que el consumo excesivo que se encuentra asociado con la membresía a fraternidades no persiste en los años posteriores a la universidad.

Datos derivados de dos diferentes estudios en múltiples universidades también sugieren que los estudiantes universitarios involucrados en actividades atléticas consumen alcohol más frecuentemente que otros estudiantes. Con base en una encuesta realizada por Leichliter et al. (1998) con más de 50,000 estudiantes universitarios de 125 instituciones, se detectó que los estudiantes que practicaban alguna actividad atlética, tanto hombres como mujeres, consumían alcohol más frecuente e intensamente y reportaron consecuencias más negativas derivadas del consumo, en comparación con los estudiantes que no practicaban alguna actividad atlética. Asimismo, el estudio de Leichliter et al., encontró que los líderes masculinos de los equipos atléticos consumieron alcohol a tasas mayores que los demás miembros de los equipos. Asimismo, en el estudio de Wechsler et al. (1995c) que incluyó 140 universidades, la respuesta al ítem “las actividades atléticas son importantes” se asoció con mayores tasas de consumo excesivo de alcohol, aún cuando se controlaron otros factores de riesgo.

Cabe señalar, que aún cuando se ha demostrado que los miembros de organizaciones sociales y atléticas consumen más alcohol que otros estudiantes, poco se sabe de cómo los miembros de estas organizaciones difieren de otros estudiantes en otras dimensiones. El consumo excesivo de alcohol no se encuentra de manera uniforme en todas las organizaciones sociales y atléticas; los estudiantes en ciertas organizaciones consumen considerablemente más alcohol que los estudiantes de otras (Harrington, Brigham & Clayton, 1997). Leibsohn (1994) ha encontrado, por ejemplo, que los estudiantes que entran a una universidad seleccionan amigos que consumen alcohol de una manera similar. Existe cierta evidencia de que estudiantes de preparatoria que planean unirse a fraternidades consumen más alcohol que sus pares que no planean unirse (Baer et al., 1995). Un estudio reciente de Sher et al. (2001) sugiere que el consumo excesivo de alcohol ocurre en las organizaciones sociales independientemente del proceso de selección y proporciona cierta esperanza de que tal consumo excesivo de alcohol se limite al periodo de tiempo universitario en el que las normas para el consumo de alcohol son altas.

2.2.1.3. CONTEXTO SOCIAL PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL. El contexto social es un término que se emplea para pretender caracterizar los ambientes sociales y psicológicos en donde se lleva a cabo el consumo de alcohol, y al hacerlo así, intentar medir la interacción de los factores interpersonales, temporales y situacionales (Thombs et al., 1997). Los contextos sociales para el consumo de alcohol naturalmente varían con respecto a la edad, género, tipo de vivienda, trabajo, etc. de los participantes.

Los contextos donde se consume alcohol pueden describirse sin necesidad de recurrir a características psicológicas, simplemente por el tamaño y la composición de los participantes. Por ejemplo, Rosenbluth, Nathan y Lawson (1978) informaron que los grupos más grandes de bebedores se asociaban con mayor consumo de alcohol. Perkins y Berkowitz (1986) también observaron dicho patrón. Más recientemente, Senchak, Leonard y Greene (1998) evaluaron los contextos sociales del consumo con respecto al arreglo del tamaño y género de los eventos sociales del campus universitario. Se observaron diferencias de tamaño del grupo y del género. Los estudiantes informaron mayores frecuencias de embriaguez dentro de los grupos grandes de sexo mixto y en grupos pequeños de individuos del mismo sexo, en comparación con grupos pequeños de sexo mixto. La frecuencia de embriaguez de las estudiantes no se relacionó con el género mixto ni con el tamaño del grupo. Parece que la presencia de mujeres en los grupos pequeños puede moderar el consumo de los hombres. Cabe destacar que en un estudio, tanto los hombres como las mujeres que informaron beber en grandes grupos mixtos, se manifestaron menos depresivos y con menos evitación social que aquellos que prefirieron grupos pequeños, aún cuando la depresión y la evitación social no explicaron las diferencias en el consumo en diferentes contextos sociales. Las diferencias en el consumo, en función del contexto, tampoco pudieron ser explicadas por las expectativas sobre el alcohol o por medidas de masculinidad/feminidad o desviación juvenil.

Recientemente, diversos investigadores han buscado ir más allá de la evaluación del tamaño y composición del contexto del consumo y evaluar los factores psicológicos y sociales presentes en los contextos del consumo. Específicamente, en el caso de los estudiantes universitarios se han desarrollado, cuando menos, dos diferentes medidas a fin de evaluar los contextos del consumo. Thombs y Beck (1994) desarrollaron una Escala de Consumo del Contexto Social compuesta de subescalas que evalúan la Facilitación Social, el Dolor Emocional, la Aceptación de Pares, la Familia, la Búsqueda de Sexo y el Manejo de Vehículo. Por su parte, O'Hare (1997) desarrolló una Escala de Contexto del Consumo de 23 ítems, con tres subfactores que evalúan el consumo en Convivencia, el Consumo Privado Intimo y el Consumo de Enfrentamiento Negativo. Thombs et al. (1997) informaron que el contexto del consumo de facilitación social se asoció más fuertemente con una medida de intensidad de consumo.

Los contextos de búsqueda de sexo y del dolor emocional han contribuido también a la predicción multivariada. Beck, Thombs, Mahoney y Fingar (1995)

mostraron que los consumos para facilitación y desinhibición social fueron discriminadores importantes entre bebedores de baja y alta intensidad en ambos géneros. Sin embargo, para las mujeres, el consumir dentro del contexto de dolor emocional discriminó, aún más, entre bebedoras de mayor y menor intensidad. Quizás debido a una proximidad conceptual a la conducta de ingesta actual, las escalas de contexto para estudiantes universitarios han demostrado ser mejores predictores de consumo que las medidas de personalidad (Beck et al., 1995) y que las expectativas sobre el alcohol (Thombs, Beck & Pleace, 1993).

Carey (1993) informó que los contextos para el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios son más bien específicos que generales. Carey demostró, en una muestra universitaria, que los consumidores excesivos difirieron de los consumidores moderados en sus tasas de frecuencia de consumo en cuatro de ocho tipos de situaciones de consumo. Las situaciones en las que difirieron ambos grupos fueron la presión social para consumir, los momentos agradables, las emociones agradables y el malestar físico. Carey (1995b) no observó diferencias de género en la relación entre la evaluación de situaciones y los problemas de consumo.

2.2.1.4. JUEGOS DE CONSUMO. Recientemente, los investigadores han empezado a estudiar una interacción social común específica entre las universidades y los “Juegos de Consumo”. Los juegos de consumo involucran un conjunto de reglas que típicamente definen cuándo y cuánto deben de consumir los participantes. La mayoría de las reglas se diseñan para garantizar que se consuma una gran cantidad de alcohol (Newman, Crawford & Nellis, 1991). Los participantes de tales juegos informan de un incremento en los niveles de consumo de alcohol y de problemas relacionados al consumo en comparación con los no-participantes (Engs & Hanson, 1993; Wood et al., 1992). Sin embargo, en un estudio descriptivo controlado, una vez que se controlaron las tasas generales de consumo de alcohol, el juego del consumo no contribuyó a la predicción de problemas relacionados con el alcohol (Nagoshi, Wood, Cote & Abbit, 1994). Johnson, Wendel y Hamilton (1998), empleando cuestionarios resueltos por estudiantes de licenciatura, informaron que la mayor frecuencia de juego se asoció con menor ansiedad social. En un estudio de seguimiento de Johnson et al. (1999) desarrollado para determinar las razones para el juego del consumo de alcohol, se encontró que este se asoció con un deseo de festejar y un deseo de conocer parejas sexuales potenciales.

En los últimos 15 años diversos investigadores han empezado a probar modelos multivariados o interactivos de las diferencias individuales entre los estudiantes universitarios. Por ejemplo, se han estudiado factores demográficos, motivos para el consumo, expectativas y personalidad, de manera simultánea, controlando estadísticamente los efectos múltiples. Se han identificado, en la literatura, ciertos efectos interactivos intrigantes. Por ejemplo, la religiosidad puede ser más protectora en contra del consumo excesivo cuándo o dónde las costumbres sociales resultan más ambiguas (Perkins, 1994). La investigación multivariada también ha abordado la unicidad de los factores estudiados, por ejemplo, al mostrar

que los motivos son, en cierta medida, distintos a las expectativas. Sin embargo, a la fecha, la investigación multivariada no ha encontrado evidencia de interacciones poderosas o mediación entre los constructos. La mayoría de la investigación multivariada tiende a mostrar que cuando diversos factores teóricamente predictores son evaluados simultáneamente, cada uno de ellos posee una capacidad predictora única (Cronin, 1997; Engs et al., 1996; Thombs et al., 1997). Es probable que cada uno de los factores “explicativos” contribuya a la predicción del consumo excesivo, pero no es un sólo factor o un factor central predictivo en si mismo. No existe en la literatura actual sobre estudiantes universitarios respaldo para algún modelo mediacional sólido.

La investigación futura sobre factores estudiantiles deberá poner atención a los modelos de desarrollo del consumo como método para especificar medidas dependientes. De manera particular, Zucker et al. (Zucker, 1987, 1994; Zucker, Fitzgerald & Moses, 1995), al proponer un modelo multivariado e integrativo del riesgo de alcoholismo, sugieren que diferentes subtipos de “alcoholismo” se encuentran asociados con diferentes procesos etiológicos, y que en cada caso, procesos ambientales (estrés, carencia de prácticas de crianza básicas, disponibilidad de alcohol) y/o procesos biológicos (temperamento, sensibilidad fisiológica) facilitan el desarrollo de problemas de consumo (Zucker et al. 1995; Tarter & Vanyukov, 1994).

Concretamente, el modelo de desarrollo de Zucker postula cuatro tipos de alcoholismo o rutas de desarrollo. El primero, el “alcoholismo sociopático o antisocial”, el cual presenta una base genética, se caracteriza por un pronóstico pobre e inicio temprano, alta sociopatía y severidad de los problemas de consumo y problemas asociados al consumo. Este patrón de problemas de consumo suele encontrarse asociado con patrones de personalidad de impulsividad y búsqueda de sensaciones que inician tempranamente y siguen un curso crónico.

Una segunda ruta o tipo es el “Alcoholismo Acumulativo”, en el cual la dependencia al alcohol antecede a cualquier otra patología psiquiátrica; el consumo continuado, inducido y reforzado por elementos propios de la cultura y del entorno social, es suficientemente acumulativo como para producir dependencia.

Una tercera ruta o tipo es el “Alcoholismo de Afecto Negativo”, el cual ocurre principalmente en mujeres y se caracteriza por el uso del alcohol para regular estados de ánimo y para fortalecer las relaciones sociales, por lo que suele presentar problemas relacionados con el alcohol de tipo depresivo y ansiógeno. Se cree que tiene un desarrollo tardío en la vida del individuo, se desarrolla más lentamente y se encuentra menos asociado con la adolescencia en general y en lo específico con la conducta delincuente.

Finalmente, una cuarta ruta o tipo es el “Alcoholismo limitado al desarrollo”, el cual se caracteriza por el consumo frecuente de grandes cantidades de alcohol con

una tendencia hacia la remisión, hacia un consumo social, y con una carrera profesional y vidas familiares exitosas en la edad adulta. Es consistente con los datos epidemiológicos que demuestran que el consumo excesivo en los adolescentes se encuentra asociado con otra conducta antisocial, pero que comúnmente se encuentra limitado por el tiempo, disminuyendo significativamente en el tránsito de la juventud a la adultez. Este segundo patrón se encuentra asociado con la impulsividad (en menor grado que el tipo sociopático) al igual que con la extroversión.

El patrón de problemas de alcohol que se encuentra limitado al desarrollo, puede explicar gran parte del consumo de alcohol que suele encontrarse dentro del campus universitario. Las relaciones entre el consumo y la expresión de impulsividad, la desviación, las expectativas hacia el alcohol y los contextos de consumo apoyan esta conclusión. El que el consumo universitario se encuentre asociado con la sociabilidad y la extroversión, también se ajusta bien con el modelo de problemas relacionados con el alcohol que se encuentra limitado al desarrollo. Este modelo resulta también consistente con los datos que documentan que el consumo excesivo generalmente no persiste dentro de los roles posteriores al periodo universitario (Donovan, Jessor & Jessor, 1983; Jessor, Donovan & Costa, 1991).

Enfoques para Abordar los Problemas de Alcohol y Problemas Relacionados con el Consumo en Estudiantes Universitarios

3. 1. MODELO ECOLÓGICO-SOCIAL

Delong y Langford (2002) reconocen que conductas tales como el consumo de alcohol se ven afectadas a través de múltiples niveles de influencia. Y es en este sentido que proponen una tipología para describir los enfoques de abordaje que atraviesan los niveles del modelo ecológico social (individual, grupal, institucional, comunitario y de políticas públicas) con diversos objetivos y métodos (p. ej., cambio ambiental, protección de la salud, conocimiento, actitudes e intenciones e intervención/tratamiento).

3.1.1. CAMBIO AMBIENTAL

El consumo de alcohol de los estudiantes universitarios se encuentra influenciado por muchos factores ambientales que se ubican tanto dentro como fuera del campus universitario, y entre los cuales se incluyen los mensajes de los medios de comunicación, las actitudes y normas comunitarias, las prácticas y políticas públicas e institucionales y los factores económicos (Toomey & Wagenaar, 2002).

3.1.1.1. POLÍTICAS AMBIENTALES

Toomey y Wagenaar (2002) llevaron a cabo una revisión de las políticas ambientales empleadas y recomendadas para reducir los problemas de alcohol en universitarios e identificaron los siguientes cuatro tipos o grupos generales de estrategias ambientales: (1) el fortalecimiento de una ley para una edad legal mínima para el consumo de alcohol, (2) la reducción del consumo y del consumo riesgoso de alcohol, (3) la reducción de tipos específicos de problemas relacionados con el alcohol y (4) la disminución del rol del alcohol dentro del campus y la promoción de la academia y la ciudadanía. Estos autores reconocen la importancia del ambiente social sobre la conducta de consumo de alcohol, aunque sugieren que el ambiente social se encuentra moldeado sustancialmente por las políticas públicas e institucionales.

3.1.1.1.1. ESTRATEGIA LEGAL-RESTRICCIÓN DEL SUMINISTRO DE ALCOHOL A MENORES DE EDAD. La importancia de la primera de estas cuatro estrategias generales, es que resulta una estrategia especialmente relevante dentro del campus universitario, debido que muchos estudiantes de bachillerato y algunos de licenciatura no han cumplido aún la mayoría de edad. En este sentido, dos fuentes de alcohol para bebedores menores de edad deben de abordarse: los proveedores sociales y los proveedores comerciales. Los primeros incluyen a los padres, otros

adultos, los hermanos mayores, los amigos y los ambientes sociales en los que el alcohol es suministrado sin importar la edad del consumidor; los segundos se refieren a los establecimientos con licencia para la venta de alcohol.

Las estrategias para reducir el acceso social a los estudiantes universitarios incluyen el disminuir el número de fiestas masivas, el prevenir en las fiestas el acceso de alcohol a los menores de edad, el aumentar la conciencia de las leyes y reforzar las leyes en contra de la provisión social. La disponibilidad comercial puede minimizarse por medio de la reducción de identificaciones falsas, el entrenamiento al personal de los establecimientos que expenden alcohol, la restricción de ciertos tipos de ventas y el fortalecimiento vigoroso de las leyes con anuncios que limitan la venta a menores.

3.1.1.1.2. ESTRATEGIA LEGAL-REDUCCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE ALCOHOL. El segundo grupo de estrategias ambientales se dirigen hacia la reducción del consumo general de alcohol dentro de poblaciones universitarias, independiente de la edad del bebedor. Estos esfuerzos incluyen restricciones sobre dónde, cuándo y cómo se vende el alcohol (p. ej. lugares de alta densidad, horas de funcionamiento), disminución del flujo de alcohol en las fiestas (p. ej. eliminación del auto-servicio), aumento del precio del alcohol y restricciones de lugares de venta de alcohol.

3.1.1.1.3. ESTRATEGIA LEGAL-REDUCCIÓN PROBLEMAS RELACIONADOS AL ALCOHOL. El tercer grupo de estrategias ha abordado problemas específicos relacionados con el alcohol, tales como manejar en estado de ebriedad.

3.1.1.1.4. ESTRATEGIA LEGAL-DISMINUCIÓN DEL ROL DEL ALCOHOL Y PROMOCIÓN ACADÉMICA DEL ROL DEL ALCOHOL Y PROMOCIÓN ACADÉMICA Y CIUDADANÍA. El cuarto grupo final de estrategias incluyen, el establecimiento de lugares libres de alcohol, programación de cursos relevantes en días viernes y el establecimiento de actividades sociales libres de alcohol. Cabe señalar que la mayoría de estas estrategias no han sido evaluadas en poblaciones universitarias y algunas, inclusive, no han sido evaluadas en la población en general, por lo que este tipo de investigación es necesaria.

Los tipos de estrategias de intervención ambiental de gran escala, que implican cambio de políticas, requieren involucración tanto de los líderes como de la comunidad del campus universitario y sus circunscripciones, así como de la interacción entre ambos. Por ejemplo, la regulación y limitación de la disponibilidad de alcohol no se puede alcanzar por el campus o la comunidad por separado. Similarmente, el fortalecimiento de la regulación del alcohol dentro del campus y las ordenanzas comunitarias resultarán más efectivas si se tiene una comunicación y coordinación formal entre las dos. Por lo que las universidades y las comunidades aledañas deben trabajar conjuntamente, por medio de una coalición, a fin de abordar los complejos problemas relacionados con el alcohol en que se encuentran inmersas.

3.1.1.1.5. PUBLICIDAD Y CONTRAPUBLICIDAD. Una estrategia relacionada con el punto anterior y que de manera intuitiva resulta muy atractiva, pero que la investigación no ha dado su apoyo consistente, es la que vincula a la publicidad y el consumo de alcohol. Saffer (2002) llevó a cabo una revisión de la investigación sobre las metodologías empleadas para estudiar las relaciones entre la publicidad, las marcas y el consumo encontrando que, a bajos niveles de publicidad, le sigue un incremento en el consumo, sin embargo, a niveles altos de publicidad la función correspondiente se aplanan y el consumo ya no responde a los incrementos en la publicidad. Una función similar, pero invertida, se observa entre la contra-publicidad y el consumo. Esto es, a bajos niveles de contra-publicidad corresponden disminuciones marcadas en el consumo. Sin embargo, a mayores niveles de contra-publicidad pueden no corresponder mayores disminuciones en el consumo.

Muchas universidades han empleado la contra-publicidad para reducir el consumo de alcohol de los universitarios. DeJong (2002) llevó a cabo una revisión de este tipo de campañas. Muchas han sido de naturaleza informativa y pueden ser consideradas como una forma de contra-publicidad. Algunas se han diseñado para corregir la percepción incorrecta de las normas sociales (las campañas de mercado de las normas sociales). Otras han buscado apoyo para políticas particulares o para cambio de políticas (campañas de defensoría). Desafortunadamente, la evaluación empírica de estas campañas se ha visto limitada. La mayoría de los mensajes sobre el consumo de alcohol se han centrado en las consecuencias negativas del consumo, enfoque que ha sido encontrado inefectivo en estudios previos y en algunos casos contra productivo. En su lugar, se deben de presentar lineamientos para el desarrollo de campañas con base en prácticas establecidas dentro del mercado comercial y en las campañas de salud pública, así como en la experiencia con poblaciones universitarias. Asimismo, se debe contar con un enfoque de planeación en el que el diseño de mensajes no se elabore hasta que se hayan abordado cuestiones más amplias en relación con la estrategia de la campaña. Asimismo, estas campañas deberán ampliar su perspectiva, de tal manera que incluyan al ambiente social y político en cuestión.

3.1.2. INTERVENCIONES COMUNITARIAS DE PROMOCIÓN A LA SALUD

Hingson y Howland (2002) hicieron una revisión de la literatura de investigación sobre las intervenciones comunitarias para la promoción de la salud y de sus implicaciones para los problemas de alcohol en las poblaciones universitarias. A la fecha, se han promovido una serie de intervenciones comprensivas, de tipo comunitario, con el fin de abordar una variedad de riesgos a la salud, incluyendo a la hipertensión arterial, niveles de colesterol, falta de ejercicio, fumar, consumo de drogas, practicas de sexo inseguro y problemas relacionados con el alcohol. Sin embargo, no se han realizado evaluaciones rigurosas de coaliciones comunidad-campus, y no se han incluido en los estudios existentes a las poblaciones universitarias. Las intervenciones comunitarias realizadas, a la fecha, documentan diferentes grados de éxito y pueden informar de esfuerzos futuros a fin de reducir el

consumo de alcohol en los menores de edad, el consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados entre los estudiantes universitarios.

3.1.3. ENFASIS EN LAS EXPECTATIVAS ACERCA DEL ALCOHOL Y ESTÁNDARES DE LOGRO ACADÉMICO

Perkins (2002) llevó a cabo una revisión sobre los normas del campus para el consumo de alcohol, percibido o real, detectando que estas son un fuerte predictor del consumo individual de un estudiante. Perkins distingue las normas actitudinales, que describen actitudes sobre la conducta aceptable o esperada, de las normas conductuales, que describen lo que los miembros de los grupos hacen. Perkins argumenta que, para los estudiantes universitarios, los grupos de pares y las normas del campus ejercen una mayor influencia sobre la conducta que las expectativas familiares. Sin embargo, se debe señalar que cierta investigación reciente sugiere que los padres pueden ejercer cierta influencia si realizan un esfuerzo concertado para moderar el consumo de alcohol de sus hijos mayores (Turrisi, Jaccard, Taki, Dunnam & Grimes, 2001). No obstante, las normas sociales son poderosas.

A fin de influir potencialmente sobre estas normas, Perkins (2002) sugiere que las escuelas y facultades hagan énfasis en las expectativas hacia el alcohol y en los estándares de logro académico con los estudiantes de nuevo ingreso y que se involucren en las actividades que vayan dirigidas a la prestación de los servicios para los bebedores problema dentro del campus universitario. Sin embargo, la influencia normativa más inmediata y poderosa son los otros estudiantes. Los estudiantes parecen sobrestimar el consumo de alcohol de los demás estudiantes y aprobar el consumo excesivo, en tanto que subestiman el consejo de otros estudiantes dirigido a restringir el consumo. La corrección de estas normas, percibidas incorrectamente, subraya la importancia de los componentes de *retroalimentación normativa* de las intervenciones enfocadas en el individuo y constituyen la meta de algunos programas dentro del campus, incluyéndose a la mayoría de las campañas sociales de mercado (Véase a DeJong & Langford, 2002). Aún cuando este enfoque se ha diseminado ampliamente, y cierta evaluación limitada ha arrojado resultados positivos, aún no se dispone de investigación rigurosa que haya empleado diseños aleatorizados con grupo control. Se requiere de investigación de esta naturaleza que justifique el empleo de los recursos universitarios limitados y que se exploren intervenciones más completas que consideren las características y condiciones del campus que afectan el éxito de dichas intervenciones.

3.1.4. ENFOQUES INDIVIDUALES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Sin embargo, no todas las estrategias se dirigen hacia la población universitaria en general. Tal y como se indicó previamente, la población universitaria incluye, aproximadamente, a 19% de abstemios, 37% de bebedores “sociales” que no se involucran en un consumo episódico excesivo, 21% consumidores con mayor riesgo que ocasionalmente consumen 5 o más copas en una sola ocasión (cuatro o

más en el caso de las mujeres) y 23% que frecuentemente consumen 5 o más copas. Aproximadamente 47% de los bebedores lo hacen para “emborracharse” (Wechsler et al., 2000). Los bebedores que se encuentran cerca del extremo final de este continuo es probable que requieran intervenciones individuales, las cuales deben de estar disponibles para este sub-grupo de la población universitaria. Los bebedores leves pueden ser responsivos a enfoques menos costosos. Por otro lado, resulta crítico que los estudiantes que han elegido no beber también sean reconocidos y apoyados, por lo que cuando se aplica la tipología señalada por DeJong (2002) a los esfuerzos de intervención, resulta evidente que la mayor parte del trabajo se dirige hacia programas individuales y de grupo que se centran en el *conocimiento, actitudes e intenciones conductuales*; descuidándose el *cambio ambiental*, debido a la existencia de obstáculos para la institución de programas comprensivos y de que muchas universidades no cuentan con infraestructura y recursos básicos que se requieren para instrumentar y evaluar las estrategias que consideran un enfoque de manejo ambiental.

Se ha empleado una variedad de enfoques individuales de prevención y tratamiento para reducir el consumo problemático de alcohol con estudiantes universitarios, los cuales han sido clasificados con base en su contenido y enfoque teórico en las tres siguientes categorías principales (Larimer & Cronce, 2002): (1) *programas educacionales/concientización*, (2) *programas cognitivo-conductuales de entrenamiento en destrezas*; y (3) *programas de incremento motivacional*. A la cual, le podríamos añadir dos nuevas categorías que resultan de una combinación del enfoque cognitivo-conductual basado en destrezas y del enfoque motivacional/retroalimentación que denominaríamos como (4) *programas cognitivo-conductuales motivacionales*. Y a la que resulta de combinar el enfoque cognitivo-conductual motivacional y el enfoque de atención escalonada, al que denominaríamos precisamente (5) *programas cognitivo-conductuales motivacionales de atención escalonada*, y de los cuales en el siguiente apartado se proporcionará su descripción y eficacia general correspondientes.

3.1.4.1. DESCRIPCIÓN Y EFICACIA GENERAL DE LOS ENFOQUES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Larimer y Cronce (2002) realizaron una revisión y evaluación de la literatura de investigación sobre las intervenciones preventivas y terapéuticas con enfoques individuales dirigidas a estudiantes universitarios publicada entre 1984 y 2000, en la que se evaluó la eficacia general en términos de resultados conductuales, tales como reducción en el consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo. En dicha revisión, todos los estudios incluidos emplearon, al menos, una medida de resultados dirigida al cambio conductual e incluyeron un grupo de comparación; aún cuando cabe señalar que no todos los ensayos fueron aleatorizados.

3.1.4.1.1. PROGRAMAS EDUCACIONALES/CONCIENTIZACIÓN. En su revisión de la literatura sobre la efectividad de las estrategias preventivas de alcohol, Moskowitz (1989) concluyó que la mayoría de los enfoques de prevención primaria empleados con los estudiantes universitarios no se encontraban, en general, basados en teorías, y cuando lo estaban, estas eran débiles y virtualmente no había un apoyo empírico de sus eficacias. En ese entonces, los enfoques más comunes eran de *naturaleza informativa*; se basaban, fundamentalmente, en la premisa de que los estudiantes consumían excesivamente alcohol debido a una falta de conocimiento o conciencia sobre los riesgos a la salud, por lo que un incremento en el conocimiento, en relación con los efectos negativos del alcohol y los beneficios de la abstinencia (Walter, Bennett & Noto, 2000), llevaría a un decremento en su consumo. Estos programas en raras ocasiones proporcionaban educación acerca del consumo moderado, ni tampoco de las destrezas cognitivas y conductuales a fin de que los estudiantes tomaran las decisiones informadas en relación con el consumo de alcohol. Al respecto, existe una concepción errónea de que el discutir sobre el alcohol, sin enfatizar el no consumo, hará que los estudiantes consuman más (Marlatt & Wikiewicz, 2002). Las investigaciones evaluativas sobre dichos enfoques se han caracterizado por padecer una serie de limitaciones metodológicas, particularmente porque sus muestras han sido pequeñas, no aleatorias y porque no han existido grupos controles u otras condiciones de comparación.

En consistencia con los resultados de investigaciones previas, Larimer y Cronce (2002) señalan que existe muy poca evidencia de la utilidad de los programas educativos, de concientización y de prevención primaria o universal, los cuales, por otro lado, han dominado por largo tiempo los esfuerzos de las universidades con el fin de prevenir o reducir las tasas de consumo y los problemas relacionados con el alcohol, aún cuando pocos han sido evaluados de manera rigurosa, y aún más pocos, han sido evaluados por medio de diseños aleatorizados con grupo control. A pesar de estas deficiencias, los enfoques informativos/educacionales y de prevención primaria o universal son los más comúnmente empleados en el campus universitario (Ziemelis, 1998).

Se han evaluado tres tipos de programas educativos, relativamente distintos, con los estudiantes universitarios: (a) programas tradicionales basados en la *información o en el conocimiento*; (b) programas de *clarificación de valores*, diseñados para ayudar a los estudiantes a evaluar sus metas y a incorporar tomas de decisiones responsables acerca del alcohol en estas metas o valores; y (c) programas que proporcionan *información normativa* precisa a los estudiantes sobre los problemas y las tasas de consumo de alcohol por parte de sus pares, así como de la modificación de las actitudes de los estudiantes acerca de la aceptabilidad de los pares y padres del consumo excesivo de alcohol.

3.1.4.1.1.1. PROGRAMAS DE INFORMACIÓN/CONOCIMIENTO. Siete estudios (Darkes & Goldman, 1993; Flynn & Brown, 1991; Garvin, Alcorn & Faulkner, 1990; Kivlahan, Marlatt, Fromme, Coppel & Williams, 1990; Meier, 1988; Roush &

Deblassie, 1989; Schall, Kemeny & Maltzman, 1991) identificados en la literatura han evaluado los enfoques de información o basados en conocimientos. La mayoría de estos estudios presentaron limitaciones metodológicas, tales como altas tasas de abandono, falta de un grupo control de comparación y falta de especificidad en la metodología y resultados reportados, lo que hace difícil llegar a conclusiones definitivas. A pesar de estos problemas, y aún cuando algunos de estos estudios demostraron cambios en los conocimientos o en las actitudes al final de las intervenciones, en general, proporcionaron poco apoyo de la eficacia de tales enfoques. Sólo uno de los siete estudios (Kivlahan et al., 1990) informó de reducciones significativas en el consumo de alcohol o en los problemas relacionados con el consumo.

Concretamente, el estudio de Kivlahan et al. (1990) evaluó un programa de Información Escolar acerca del Alcohol (AIS, *Alcohol Information School*), de 8 semanas, el cual fue comparado con un Programa de Entrenamiento en Destrezas contra el Alcohol (ASTP, *Alcohol Skills Training Program*) de 8 sesiones, y con un grupo control que incluyó sólo la sesión de evaluación. Los resultados señalaron que los participantes de los grupos AIS y ASTP redujeron el consumo de alcohol a lo largo del tiempo. Los participantes que recibieron el programa AIS redujeron su consumo de 19.4 copas a 12.7 copas a la semana durante el seguimiento de 12 meses, en comparación con los participantes del grupo control, quienes informaron un incremento ligero de 15.6 a 16.8 copas a la semana. No obstante, ninguno de los participantes de los grupos AIS y del grupo control funcionó tan bien como el grupo ASTP (quienes experimentaron una reducción de 14.8 a 6.6 copas a la semana en el seguimiento de 12 meses).

3.1.4.1.1.2. PROGRAMAS DE CLARIFICACIÓN DE VALORES. Cinco estudios (Barnett, Far, Mauss & Miller, 1996; Meacci, 1990; Sammon, Smith, Cooper & Furnish, 1991; Shroeder & Prentice, 1998; Thompson, 1996) incluyeron una condición de clarificación de valores o actividades de clarificación de valores como parte de un enfoque de información más amplio. Aún cuando dos de los cinco estudios, informaron de reducciones en las tasas de consumo (Sammon et al., 1991; Thompson, 1996) al comparar la línea base y las evaluaciones de seguimiento, lo insuficiente de la información acerca de las muestras, procedimientos y comparabilidad de los participantes en las condiciones de intervención y control, limita la fuerza de las conclusiones derivadas a partir de los datos obtenidos. Los tres estudios restantes estuvieron sujetos a limitaciones metodológicas, tales como problemas con el reclutamiento y retención de los participantes y la no comparabilidad de los grupos control y experimental y el poco apoyo proporcionado por la eficacia de los programas.

3.1.4.1.1.3. PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN NORMATIVA. Dos estudios (Barnett et al., 1996; Shroeder & Prentice, 1998) incorporaron un grupo de reeducación normativa en su evaluación. Barnett et al. (1996) emplearon a pares para proporcionar *reeducación normativa*, ya fuera sola o en combinación con información

de *clarificación de valores*. Aún cuando no se encontraron efectos diferenciales de las intervenciones sobre la conducta de consumo de alcohol, a lo largo del tiempo, los participantes que recibieron la reeducación normativa, ya fuera sola o en combinación, informaron de cambios más significativos en sus percepciones de las normas en comparación con los participantes de los grupos control y el que solo recibió clarificación de valores. Los análisis de regresión que señalaron cambios en las normas de la línea base hasta la post-intervención, predijeron reducciones subsecuentes en el consumo de alcohol, independientemente de la condición de prevención.

En contraste, Shroeder y Prentice (1998), informaron que los participantes que recibieron un *programa de reeducación normativa* de 1 hora por medio de sus pares (similar a la empleada por el estudio de Barnett et al., 1996) informaron de reducciones significativas en el consumo de alcohol en comparación con el programa alternativo de *clarificación de valores*, pero no se encontraron diferencias en el aumento de la precisión de las percepciones normativas. Sus datos sugieren que el cambio en el consumo seguido por la intervención de la reeducación normativa fue el resultado de un debilitamiento de la fuerza proscriptiva de la norma (el percibir a la norma como menos universal, la hace menos poderosa) más que un cambio en las percepciones que reflejen una norma más moderada. Los participantes del estudio de Schroeder y Prentice (1998) fueron estudiantes de primer ingreso en comparación con los estudiantes de mayor edad del estudio de Barnett et al. (1996), lo cual puede ser un factor de discrepancia entre los hallazgos de estos dos estudios. Es posible que los estudiantes de nuevo ingreso sean más sensibles a las intervenciones normativas, dado que han tenido menor exposición a las influencias de las normas del campus. Otras explicaciones de esta discrepancia de hallazgos pueden implicar diferencias en la medición de las normas y de la conducta de consumo de alcohol entre los dos estudios, así como en la deserción en el estudio conducido por Barnett et al.

En resumen, aún cuando diversos estudios de resultados que evalúan los programas de información tradicionales con estudiantes universitarios han sido conducidos en los últimos 15 años, la mayoría de estos estudios no han encontrado efectos sobre el consumo de alcohol y/o en los problemas relacionados con el consumo. En el metaanálisis de Maddock (1999) sobre la literatura de prevención primaria de alcohol con estudiantes universitarios que cubre los años de 1983 a 1998, en el que se incluye únicamente a aquellos ensayos con aleatorización, se concluyó que los programas típicos basados en la *educación/concientización* (incluyendo a los enfoques de clarificación de valores) producen, en promedio, sólo pequeños efectos en la conducta ($d = .17$). Estos hallazgos sugieren que el empleo de enfoques que se basan únicamente en modelos de información o concientización, constituye un pobre empleo de los recursos del campus universitario. Los enfoques de *clarificación de valores* pueden ser eficaces, pero no han sido evaluados en ensayos aleatorizados y resultan costosos en tiempo y recursos. Los programas

educativos basados en enfoques de *reeducación normativa* son menos costosos y pueden resultar más prometedores, pero no han sido probados ampliamente.

3.1.4.1.2. PROGRAMAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DE ENTRENAMIENTO EN DESTREZAS. Estos constituyen una alternativa, relativamente más nueva dentro del contexto estudiantil del consumo universitario, en comparación con los enfoques educativos y de concientización. Muchos programas cognitivo-conductuales de entrenamiento en destrezas también incorporan los componentes de *información, clarificación de valores* y a la *reeducación normativa*, pero lo hacen dentro del contexto de la enseñanza de destrezas para modificar creencias o conductas asociadas con el consumo de alcohol de alto riesgo. Los programas cognitivo-conductuales cubren un rango que va desde: (a) programas de *entrenamiento en destrezas específicas* focalizadas en el alcohol (en los que se incluye a procedimientos que desafían a las expectativas, entrenamiento en discriminación de alcohol en la sangre o el automonitoreo/autoevaluación del consumo o problemas relacionados con el consumo; (b) programas de *entrenamiento en destrezas genéricas* de la vida, relacionadas de manera indirecta con el alcohol (tales como el entrenamiento en habilidades sociales, en el manejo del estrés, en la solución de problemas, en combinación con entrenamiento en destrezas específicas focalizadas en el consumo de alcohol (p. ej., autocontrol del consumo); y (c) programas de *entrenamiento en destrezas de balance en el estilo de vida*, con poca o ninguna relación directa con el alcohol (tales como destrezas genéricas de entrenamiento en el manejo del estrés, de entrenamiento en el manejo del tiempo libre o de entrenamiento en habilidades sociales). La mayoría de programas tienen un enfoque de *amplio espectro con componentes múltiples* y pueden ser conducidos dentro del marco temporal de las *terapias breves*.

En la década pasada, un número de metaanálisis han comparado los resultados de varias categorías de tratamiento de la dependencia al alcohol. En tres metaanálisis independientes, las intervenciones de entrenamiento en destrezas de afrontamiento han sido jerarquizadas ya sea en el lugar número 1 (Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis, 1991) o en el número 2 (Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bien et al., 1995; Finney & Monahan, 1996) entre los tratamientos de la dependencia al alcohol con evidencia de su efectividad. Finalmente, Morgenstern y Longabaugh (2002) encontraron que cuando se le añadía a otro tratamiento se incrementaba su efectividad y que cuando se le empleaba como tratamiento único, no resultaba superior a otros tratamientos alternativos.

3.1.4.1.2.1. MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

Debido a que el enfoque en que se basan los programas cognitivo-conductuales constituye parte fundamental del marco teórico de la presente investigación, antes de analizar la eficacia de estos programas en su aplicación a estudiantes universitarios, se describirá con detalle los antecedentes, fundamentos teóricos, metodológicos y aplicados del mismo.

3.1.4.1.2.1.1. ANTECEDENTES, FUNDAMENTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS Y APLICADOS DEL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

El enfoque cognitivo-conductual es una alternativa que cuenta con varias décadas de aplicación a los problemas de alcohol en la población en general, pero relativamente más nueva dentro de los contextos universitarios. Sus orígenes se encuentran en la teoría conductual, que combina técnicas de condicionamiento clásico y de condicionamiento operante, en la teoría del aprendizaje social, en la que se privilegia la influencia del modelamiento y el papel de las expectativas cognitivas en la determinación de la conducta, y en la teoría y las terapias cognitivas que se centran en los pensamientos, esquemas cognitivos, creencias, actitudes y atribuciones que influyen en nuestros sentimientos y median la relación entre los antecedentes y las conductas (Center for Substance Abuse Treatment [CSAT, 1999a]).

Las primeras teorías conductuales para el tratamiento de los problemas de alcohol eran de naturaleza no-mediacional (Donovan & Marlatt, 1993). Por lo tanto, se centraban, casi exclusivamente, en conductas abiertas, observables y se consideraba que la comprensión de los antecedentes y de las contingencias de reforzamiento era suficiente para la comprensión y modificación de la conducta. Sin embargo, a través de los años, estas teorías conductuales empezaron a incorporar factores cognitivos en sus conceptualizaciones sobre los problemas de alcohol, de tal suerte, que los modelos más recientes son de naturaleza mediacional; esto es, se le atribuye un rol mayor a la interacción entre una variedad de variables sobre diferencias individuales, tales como a las creencias, valores, percepciones, expectativas y procesos atribucionales en la mediación del desarrollo y mantenimiento de los problemas de alcohol (Abrams & Niaura, 1987; Mackay & Donovan, 1991; Marlatt, Baer, Donovan & Kivlahan, 1988; Marlatt & Donovan, 1981).

Aún cuando existe un número de similitudes entre la teoría conductual, la teoría del aprendizaje social y la teoría y terapia cognitiva (Carroll, 1998), cada una ha contribuido con ideas propias que son consistentes con sus fundamentos teóricos. Sin embargo, en la mayoría de los escenarios de tratamiento para problemas de alcohol, las características prominentes de estas tres teorías se han integrado para dar lugar a lo que se ha sido denominado "*Teoría Cognitivo-Conductual*" o "*Teoría del Aprendizaje Social*", por lo que esta teoría representa la integración de los principios derivados de esas tres teorías, las cuales proveen las bases o fundamentos de este enfoque más comprehensivo e incluyente para tratar los problemas de alcohol (Mackay & Donovan, 1991; Marlatt et al., 1988).

La *Teoría del Aprendizaje Social* expresada por Bandura (1969, 1977a, 1978, 1982, 1985), se basa en la premisa de que la mayor parte de la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta el producto de la interacción de factores *biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos*. Esta teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren, predominantemente, mediante la observación

de un modelo, pudiendo favorecerse de esta forma el aprendizaje de determinadas conductas, pero así mismo, es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, por medio de la exposición a modelos que presenten conductas apropiadas de consumo.

3.1.4.1.2.1.1.1. LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y LOS PROBLEMAS DE ALCOHOL. La Teoría del Aprendizaje Social (SLT, Social Learning Theory) en el campo de los problemas de alcohol difiere de las teorías biológicas que se enfocan en un modelo de enfermedad médica que hace énfasis en un proceso bioquímico incontrolable, donde el alcohólico es considerado como una víctima de la enfermedad y de los agentes químicos, y en su lugar, enfatiza las propiedades psicológicas del alcohol y de sus efectos (Collins & Marlatt, 1983).

De acuerdo con Abrams y Niaura (1987) la SLT considera que:

1. El aprender a consumir alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y de la socialización dentro de una cultura. Las conductas, creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el consumo de alcohol se forman, principalmente, por medio de las influencias sociales de la cultura, la familia y los pares. Gran parte del aprendizaje tiene lugar aún antes de que el niño o el adolescente pruebe el alcohol. Esta influencia se ejerce, de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias, y de forma directa, por el modelamiento del consumo de alcohol, por los medios que describen el consumo y por el reforzamiento social del consumo de alcohol. La influencia de los agentes socializadores puede ser necesaria, pero no es suficiente, para explicar el desarrollo del abuso y la dependencia al alcohol.
2. Existen factores predisposicionales, a nivel de diferencias individuales, que pueden interactuar con la influencia de los agentes socializadores y de las situaciones, y así, determinar los patrones iniciales del consumo de alcohol. Estas diferencias individuales pueden ser de naturaleza biológica, sociológica o psicológica y pueden ser heredadas y/o aprendidas. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen los déficits o excesos en destrezas, tales como la incompetencia social o la dificultad en el manejo de emociones negativas. La ausencia de modelos de consumo normal o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar en alto riesgo de abuso en el consumo.
3. Las experiencias directas con el alcohol se tornan incrementadamente importantes, en la medida en que continúa el desarrollo y experimentación con el alcohol. Se considera que el uso continuo del alcohol se ve reforzado, negativamente, por factores tales como la reducción de la tensión, y positivamente, por factores tales como las propiedades eufóricas del alcohol al incrementar la interacción social. Estos efectos son mediados, importantemente,

por las expectativas socialmente aprendidas que pueden ser las determinantes predominantes de los efectos, especialmente a bajas dosis.

4. Como resultado de que cualquier factor predisposicional de diferencia individual (o combinación de factores) interactúa con una demanda situacional actual y mina la capacidad de un individuo para el enfrentamiento efectivo, la percepción de eficacia personal se ve disminuida y es más probable que ocurra un abuso de alcohol, en lugar de un consumo normal. Como resultado de que el individuo ha aprendido (expectativas de resultados positivos) que el consumo de alcohol proporciona un método, a corto plazo, para enfrentar las demandas de una situación o produce alivio de una consecuencia aversiva, seleccionará por consiguiente el consumo de alcohol. La probabilidad de que continúe el consumo de alcohol es alta si un individuo es incapaz de aprender a desarrollar destrezas de enfrentamiento alternativas más adaptativas. De esta manera, un déficit en destrezas de enfrentamiento psicosocial (predisposición), a la luz de un desafío externo, puede contribuir a la percepción de eficacia que lleve a un decremento en la fuerza y duración de los esfuerzos de enfrentamiento alternativos. Y si debido a estas expectativas aprendidas vicariamente, o por experiencia directa (o por ambas), el individuo espera que el alcohol produzca un resultado deseado, entonces el consumo se llevará a cabo. En esencia, el principal determinante proximal del consumo se caracteriza por un alto grado de tensión, debido a que: (a) los estresores ambientales exceden la capacidad de enfrentamiento, (b) existe una baja autoeficacia para ejecutar conductas de enfrentamiento alternativas, y (c) existen expectativas de resultados de que el alcohol producirá los resultados deseados, en tanto que, (d) hay una minimización de las consecuencias negativas a largo plazo. De esta manera, los episodios de consumo abusivo de alcohol ocurrirán, dependiendo de la severidad de las demandas ambientales, de la disponibilidad de alcohol y de los repertorios de destrezas de enfrentamiento alternativos. Se asume, que en el consumo normal el individuo posee un autocontrol adecuado y una capacidad para demorar la gratificación, de tal suerte que puede elegir, fácilmente, formas alternativas de enfrentamiento, a pesar de que sean menos inmediatas, menos poderosas y que no produzcan un efecto tan rápido como lo hace el alcohol.
5. Si se mantiene el consumo de alcohol, las propiedades reforzantes de la tolerancia adquirida (p. ej. efectos de eliminación del estrés) actuarán para promover la ingestión de mayores cantidades de alcohol con el fin de alcanzar los mismos efectos que anteriormente se conseguían con cantidades menores. De esta manera, la tolerancia adquirida a los efectos directos reforzantes del alcohol pueden actuar como un mediador secundario de los consumos posteriores de alcohol y pueden, en parte, ser también determinados por factores heredados biológicamente.
6. Si se incrementa el nivel de consumo de alcohol, y el consumo se mantiene a lo largo del tiempo, se aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física y/o

psicológica. En este momento, el consumo de alcohol puede ser reforzado, negativamente, al evitarse los síntomas de retiro asociados con los periodos agudos de abstinencia del alcohol. La dependencia psicológica puede también motivar el abuso de alcohol. El individuo emplea al alcohol, incrementadamente, como el único método para enfrentar los problemas psicosociales, tales como los severos cambios de humor, la ansiedad social y los déficits en destrezas sociales. Las señales ambientales, tales como la vista y olor del alcohol pueden, en sí mismas, producir “demandas ambientales” (p. ej. tornarse en estímulos que producen una forma de “cravings” cognitivos, experimentados como fuertes deseos o urgencias por consumir alcohol).

7. Sin embargo, el abuso de alcohol no es sólo el resultado de variables biológicas, ambientales proximales y psicológicas (enlistadas en los puntos 4, 5 y 6). Cualquier episodio de abuso de alcohol tiene consecuencias individuales y sociales recíprocas que pueden exacerbar el consumo posterior, al poner tensión y estrés en las interacciones persona-ambiente sub-secuentes. Por un lado, el individuo se torna incrementadamente dependiente del alcohol para alcanzar los resultados positivos a corto plazo (euforia, mejor interacción social, alivio de la tensión). Por otro lado, la conducta del individuo produce consecuencias personales y ambientales devastadoras a largo plazo. La repetición de la conducta alcoholizante produce, a menudo, consecuencias sociales indeseables, tales como el comportarse agresivamente, cambios de humor, pérdida del empleo, divorcio y una espiral descendente hacia el aislamiento de la sociedad y de sus reforzadores alternos. El consumidor problema severo o alcohólico se encuentra abandonado o con personas que constituyen modelos pobres (otros compañeros alcohólicos como él) y con un muy limitado e inflexible conjunto de métodos alternativos de enfrentamiento. Este determinismo recíproco predice que las reacciones de los demás (para evitar al alcohólico) también producirán un aumento en el estrés, pérdida de apoyo social y un decremento posterior en la autoeficacia y en la capacidad de enfrentamiento, siendo así, que la pérdida de apoyo social lleve a una incrementada dificultad de enfrentamiento con los estresores ambientales, que a su vez, produzcan un consumo posterior que traiga como resultado un alivio a corto plazo, pero una pérdida de apoyo social a futuro, y así consecutivamente. Se produce un círculo vicioso negativo de interacción persona-ambiente; las consecuencias negativas se mantienen recíprocamente, hasta que se alcanza un punto crítico, como cuando el alcoholismo es tan severo que tienen que intervenir las agencias sociales (policía, sistema médico, rehabilitación). Resulta importante señalar que el determinismo recíproco puede explicar el poderoso proceso de “pérdida de control”, sin tener que recurrir a un proceso de enfermedad biológica subyacente y a la consideración de un individuo “alérgico al alcohol”.
8. La influencia de estos variados factores sociales, situacionales e intraindividuales sobre el consumo del alcohol variaran, tanto entre los individuos como en los mismos individuos, a lo largo del tiempo. Se considera que la influencia de

cualquier factor o combinación de factores es aplicable a lo largo del rango del consumo de alcohol, desde la abstinencia, consumo social controlado y consumo episódico problemático, hasta la dependencia al alcohol. De esta manera, se asume que no hay una sola combinación de factores requeridos para producir un bebedor problema o un alcohólico (i.e., no hay una personalidad alcohólica, un solo marcador genético, o estresor ambiental) y no hay una progresión inexorable hacia “etapas” de alcoholismo claramente definidas. Por el contrario, lo que se asume es que existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación, sujetas a los mismos principios del aprendizaje social.

9. La recuperación dependerá de la capacidad del individuo para elegir la exploración de formas alternativas de enfrentamiento. Se requiere tanto de las destrezas generales de enfrentamiento que exige la vida diaria como de las destrezas específicas de autocontrol necesarias para abordar el consumo. Por medio de la práctica directa, la persuasión verbal, el modelamiento y las rutas fisiológicas, el individuo debe adquirir y practicar, de manera exitosa, las destrezas intrapersonales e interpersonales alternativas para el desarrollo de altos niveles de autoeficacia para resistir las situaciones demandantes. El individuo deberá ser tan auto-reflexivo que le permita identificar riesgos ambientales potenciales (p. ej., una fiesta) o personales (p. ej., estados de humor negativos) antecedentes del consumo de alcohol. El individuo debe adquirir las destrezas auto-regulatorias y de demora de la gratificación que le permitan una mejor toma de decisiones sobre el consumo de alcohol. Las expectativas positivas excesivas acerca de las consecuencias del consumo de alcohol deberán ser reemplazadas por un conjunto más balanceado de expectativas que incluyan las consecuencias negativas a largo plazo. Aquellos que presenten problemas de alcohol particularmente severos y factores de predisposición al riesgo, tendrán mejores resultados si eligen la abstinencia total del consumo de alcohol. Algunos podrán ser capaces de recurrir al consumo controlado, pero deberán establecerse, de manera clara, los perfiles y conductas para estos sub-grupos (Heather & Robertson, 1983).

Dentro de la Teoría Cognitivo-Conductual se incluye un rango de cogniciones dentro de las cuales destacan, de manera importante, los *procesos atribucionales*, las *valoraciones cognitivas*, las *expectativas de autoeficacia* y las *expectativas sobre los efectos relacionados con el alcohol*.

3.1.4.1.2.1.1.1. PROCESOS ATRIBUCIONALES. Los procesos atribucionales y las respuestas emocionales también juegan un papel en la decisión individual de consumir alcohol (Marlatt & Gordon, 1985). Si la persona atribuye el consumo del alcohol a características internas, estables y globales (p. ej. “Solo soy un alcohólico, no hay nada que pueda hacer para dejar de consumir”), entonces es probable que se sienta enojado, deprimido, sin esperanza e indefenso. Es menos probable que estas reacciones ocurran y sean menos pronunciadas en personas que están más firmemente comprometidas con la meta de abstinencia o moderación, que para

aquellos que han mantenido tales metas durante un mayor tiempo. Aún más, las emociones negativas representan otra situación de alto riesgo, si el individuo no tiene las destrezas de afrontamiento necesarias para manejarlas y contrarrestar el impacto de un estilo atribucional negativo, es más probable de que el *resbalón* inicial continúe hacia una *recaída total* (Stephens, Curtin, Simpson & Roffman, 1994).

El terapeuta que practica la terapia cognitivo-conductual desafía el proceso atribucional y las repercusiones emocionales de una recaída. Si ocurre un resbalón, el terapeuta deberá determinar y hacer consciente al usuario de sus atribuciones más negativas en relación con la recaída (*interna, estable y generalizada*) para que identifique estas tendencias y aprenda como cambiarlas. Al usuario se le ayuda a que vea la *recaída* como el resultado de una carencia de destrezas de enfrentamiento apropiadas para la situación particular (p. ej., externa), que puede ser alterada con entrenamiento o práctica (p. ej., inestable) y que no implica que todo lo que hace está mal (p. ej., específico). Este cambio de perspectiva ayudará al usuario a reducir el sentimiento de desesperanza y pérdida de control, el abordaje del proceso atribucional deberá realizarse en el más amplio contexto para educar al usuario acerca del proceso de recaída.

Una *atribución* es una explicación de un individuo del porqué un evento ocurrió. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) propusieron que el individuo desarrolla estilos atribucionales (p. ej., formas individuales de explicar los eventos en sus vidas que pueden jugar un rol en el desarrollo de problemas emocionales y conductas disfuncionales). Las dimensiones atribucionales básicas son interna/externa, estable/inestable y global/específica.

Los estilos atribucionales juegan un rol fundamental en la teoría cognitivo-conductual de los problemas de alcohol (Davies, 1992; Marlatt & Gordon, 1985). Se considera que la naturaleza de los estilos atribucionales de los abusadores de alcohol tiene mucho que ver con las percepciones que tienen sobre dicho problema y de su enfoque para la recuperación. Por ejemplo, una persona dependiente al alcohol puede creer que tomaba porque se consideraba débil (una atribución interna), o porque estaba rodeado por gente que lo incitaba a que tomara una cerveza (una atribución externa). Puede creer que su fracaso en mantener la abstinencia demuestra que es una persona débil que no puede tener éxito en nada (una atribución global) o que un episodio de ingesta no representa una debilidad general y que, en su lugar, es debido a circunstancias específicas de un momento (una atribución específica). Puede creer que la causa de su "resbalón" es algo que no puede cambiar (una atribución estable) o que la próxima vez, ejecutará mejores respuestas de afrontamiento (una atribución inestable). Mientras que es probable que las atribuciones internas, globales y estables para el consumo de alcohol, lleven a sentimientos de desesperanza y un retorno a la bebida. Por otro lado, es probable que las atribuciones externas, específicas e inestables, lleven a mayores esfuerzos para afrontar con situaciones similares en el futuro.

Marlatt y Gordon (1985) describieron un proceso atribucional negativo que puede ocurrir después de un “resbalón” (el primer consumo de una sustancia después de un período de abstinencia) y que puede llevar a un consumo continuo de una recaída total. Este proceso, conocido como *Efecto de Violación de la Abstinencia* (EVA), involucra la atribución de la causa de un “resbalón” inicial, a factores internos, globales y estables. Estos clientes pueden creer que son alcohólicos fracasados y sin esperanza que nunca podrán ser capaces de lograr y mantener la sobriedad, y que no tiene caso tratar de cambiar porque no creen que puedan tener éxito.

El EVA también posee un componente emocional asociado. Los abusadores de sustancias que han “resbalado” y tienen atribuciones internas, estables y generalizadas, se sentirán deprimidos, sin valor, desamparados y desesperanzados. Este estilo atribucional tiende a asociarse con una forma de “desesperanza aprendida” que se perpetúa por las percepciones distorsionadas de los consumidores de sustancias. Los sentimientos de desamparo y los estados emocionales negativos, conjuntamente, incrementan la probabilidad de que la caída inicial se convierta en una recaída total. La investigación con individuos dependientes al alcohol, provee de apoyo empírico a las hipótesis del estilo atribucional hipotetizado como mediador del EVA (Birke, Edelman & Davis, 1990; Bradley, Gossop, Brewin, Phillips & Green, 1992; Reich & Gutiérrez, 1987; Stephens et al., 1994; Walton, Castro & Barrington, 1994).

3.1.4.1.2.1.1.1.2. VALORACIÓN COGNITIVA. Para un terapeuta cognitivo-conductual, las valoraciones cognitivas que realiza un individuo sobre las situaciones estresantes y su habilidad para afrontarlas, constituyen influencias importantes para la iniciación y mantenimiento del abuso de sustancias; así como para la recaída, después de que cesa el consumo (Hawkins, 1992; Marlatt & Gordon, 1985; Shiffman, 1987, 1989; Wills & Hirky, 1996).

Folkman y Lazarus (1988, 1991) describieron dos diferentes niveles de valoración cognitiva. El primer nivel es una valoración primaria. Esta representa la percepción que tiene el individuo sobre la situación y una estimación del nivel potencial de estrés, desafío personal, o la amenaza que implica tal situación. La segunda valoración representa la evaluación del individuo sobre su habilidad para afrontar los desafíos y satisfacer las demandas específicas de la situación. Esta valoración secundaria que resulta influida por el grado, naturaleza y disponibilidad de las destrezas de afrontamiento que posee el individuo, media; posteriormente, la percepción de estrés del individuo y de su respuesta emocional.

El grado en que el individuo sienta que posee las destrezas de afrontamiento conductual, cognitivo o emocional, para satisfacer los desafíos de la situación, será valorada como menos desafiante o estresante. De manera converso, si la persona juzga que carece de las destrezas de afrontamiento necesarias, entonces la situación será considerada como más amenazante y estresante y es más probable que la persona se encuentre asustada, ansiosa, deprimida o desamparada. Los

resultados de Smith, Haynes, Lazarus y Pope (1993); Smith y Frawley (1993), sugieren que tales valoraciones cognitivas pueden jugar un papel más prominente que las atribuciones, en la mediación de las respuestas emocionales a situaciones potencialmente amenazadoras.

3.1.4.1.2.1.1.1.3. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA. La carencia aparente de destrezas de enfrentamiento entre los consumidores de sustancias es un contribuyente importante para otro constructo clave de los enfoques cognitivo-conductuales denominado expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977a). Estas expectativas se refieren a ciertas *creencias* del individuo acerca de su habilidad para ejecutar exitosamente una respuesta apropiada con el fin de enfrentarse con una situación dada. Las expectativas de autoeficacia son determinadas, en parte, por el repertorio de destrezas de enfrentamiento del individuo y por una valoración de su efectividad, en relación con las demandas específicas de la situación. Bandura (1977a) ha planteado la hipótesis de que las expectativas de eficacia personal determinan el inicio del enfrentamiento, la cantidad de esfuerzo que será invertido en intentar el enfrentamiento y qué tanto tiempo continuará el enfrentamiento. Bandura (1994) también sugiere que la autoeficacia ejerce una influencia sobre la conducta del individuo, a través de los sistemas cognitivo, motivacional y emocional. Si una persona tiene baja autoeficacia debido a una carencia de las destrezas de enfrentamiento necesarias, entonces se espera que presente pensamientos y creencias negativas o distorsionadas sobre sí mismo y hacia la situación, esto ocasiona una disminución en su motivación para enfrentar el problema, se manifiesta deprimido y se percibe a sí mismo como desamparado.

Los enfoques cognitivo-conductuales de los problemas de alcohol postulan cómo los bajos niveles de autoeficacia se encuentran relacionados con el consumo de alcohol y con una incrementada probabilidad de recaída después de que ha logrado la abstinencia (Annis & Davis, 1988b, 1989b; DiClemente & Fairhurst, 1995; Marlatt & Gordon, 1985).

En el caso del alcohol, se ha considerado a la *autoeficacia* como el grado de confianza que tiene el individuo en su habilidad de abstenerse de consumir alcohol en escenarios en donde existe riesgo de consumirlo (Annis & Davis, 1988b; DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994; Sklar, Annis & Turner, 1997). Se ha examinado el papel de la autoeficacia para el alcohol (Evans & Dunn, 1995; Solomon & Annis, 1990). Dichas investigaciones generalmente apoyan la hipótesis de que aquellos que tienen menores niveles de autoeficacia son más probables que abusen del alcohol.

3.1.4.1.2.1.1.1.4. EXPECTATIVAS DE EFECTOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL. En la medida en que el consumo de alcohol es reforzado por los efectos reforzantes derivados del mismo, es probable que el individuo desarrolle un conjunto de expectativas cognitivas sobre sus sentimientos y conducta. Los efectos reforzantes del alcohol representan las expectativas del individuo con respecto al consumo de

dicha sustancia. Cabe señalar que la mayor parte de la investigación se ha centrado sobre las expectativas de efectos relacionados con el alcohol (Goldman, 1994).

El foco inicial en el estudio de las expectativas relacionadas con el alcohol se centró en los efectos positivos que los individuos anticipaban hacia el alcohol (Goldman & Brown, 1987). Los bebedores anticipaban que el alcohol iba a funcionar como un elixir global y que tendría efectos positivos sobre: el humor, la conducta social e interpersonal, la conducta sexual, la asertividad y la reducción de tensión.

Algunos investigadores han mostrado, de manera consistente, que aquellas personas que esperan efectos más positivos del alcohol, son los que tienen mayor probabilidad de abusar de éste (Brown, 1993; Goldman & Rather, 1993). También se ha mostrado, que los individuos que están conscientes y preocupados de las consecuencias negativas del alcohol, son los de menor probabilidad de abuso (Jones & McMahon, 1996). Otros estudios muestran diferencias significativas en la manera en que los hombres y mujeres reaccionan a las expectativas en relación con el alcohol; a los hombres les afectan más las expectativas positivas que a las mujeres, mientras que las expectativas positivas se encuentran más balanceadas que las negativas en las mujeres (Romach & Sellers, 1998).

Recientemente ha habido un interés creciente en las expectativas de los resultados negativos que el individuo tiene hacia el alcohol. Las expectativas negativas hacia el alcohol incluyen deterioro cognitivo, conductual, agresión y auto-percepción negativa (Fromme, Stroot & Kaplan, 1993). Se considera que los efectos positivos anticipados del alcohol funcionan como un incentivo o motivación para el consumo del mismo. Por el contrario, las expectativas negativas actúan como un contra incentivo y contribuyen en la reducción de la cantidad de bebida consumida (McMahon & Jones, 1993; Michaelec, Rohsenow, Monti, Varney, Martin et al., 1996).

Existen numerosas investigaciones que apoyan estas acciones hipotetizadas de las expectativas positivas y negativas (Jaffe & Kibery, 1994; Jones & McMahon, 1994b; Rounds-Bryant, Flynn & Craighead, 1997). Las expectativas positivas relacionadas con el alcohol, se encuentran asociadas con una mayor probabilidad de recaída y con resultados no deseables (Brown, Carrello, Vik & Porter, 1998; Rounds-Bryant et al. 1997). En tanto que las expectativas de efectos negativos hacia el alcohol se encuentran relacionadas con decrementos en la probabilidad de recaída y con reducciones en el consumo de alcohol (Jones & McMahon, 1994a; McMahon & Jones, 1996).

También se sabe que las expectativas de efectos relacionados con el alcohol se correlacionan de manera negativa con las auto-valoraciones de los individuos sobre la autoeficacia (Brown et al., 1998). Esto es, entre menor sea la autoeficacia percibida, mayor será el nivel de los efectos positivos anticipatorios del alcohol. Los resultados indican que estos conjuntos de expectativas cambian en el período de 4 semanas, contados a partir del inicio del tratamiento, observándose un incremento

en la autoeficacia y un decremento en las expectativas de efectos hacia el alcohol. En los juicios de menor autoeficacia, las expectativas positivas hacia el alcohol, en conjunto con las estrategias de enfrentamiento de evitación centradas en la emoción, resultaron en incrementos significativos y en la solución de problemas relacionados con el alcohol entre estudiantes universitarios caracterizados como bebedores fuertes (Evans & Duna, 1995).

Los terapeutas pueden trabajar para desafiar las expectativas positivas excesivas que el consumidor tiene acerca de los efectos del alcohol. Existen dos estrategias que el terapeuta puede emplear para disminuir el abuso del alcohol: 1. cambiar las creencias del usuario sobre los efectos positivos excesivos acerca del alcohol; y 2. hacer que el usuario ponga más atención en el conocimiento y experiencia de los efectos negativos del alcohol.

Se creía que las expectativas relacionadas con los efectos del alcohol no podían ser cambiadas, pero un estudio sobre el beber excesivo en estudiantes universitarios mostró que las expectativas en relación con los efectos del alcohol podían modificarse (Darkes & Goldman, 1993). Las sesiones grupales han empleado diversas técnicas para hacer conscientes a los usuarios de que algunas de sus expectativas sobre el alcohol son falsas. Por ejemplo, cuando se les ha dicho a bebedores excesivos universitarios que las bebidas que están ingiriendo contienen alcohol, sin contenerlo, y se les involucra en juegos de fiesta grupales, en los que la mayoría de ellos manifiestan conductas inhibitorias asociadas con la intoxicación de alcohol, se sorprenden cuando se les informa que sus bebidas eran placebo. Las discusiones grupales y otros tipos de información sobre los efectos placebo alteraron sus percepciones sobre los efectos positivos del alcohol. En estos usuarios se observó una disminución significativa en el consumo de alcohol después de la intervención, comparado con otro grupo control que recibió información convencional sobre los efectos del alcohol. Entonces, desafiar las creencias sociales sobre los efectos de una sustancia altera su consumo.

Otra forma de emplear la información sobre la expectativa del alcohol dentro de la terapia, es hacer que el consumidor considere, tanto sus efectos positivos como sus negativos. Muchos usuarios tienen descripciones automáticas tales como: “me sentiré más relajado si bebo”, sin considerar otros escenarios como: “beberé mucho”. “tendré una discusión con mi novia”, “y me dormiré y no iré a la escuela”. El terapeuta ayuda a que el usuario reconozca que existen otras consecuencias y que no están siendo consideradas. Una posibilidad es emplear un procedimiento de *balance decisional*, en éste se le solicita al usuario que haga una lista de todas las cosas positivas y negativas asociadas con el consumo del alcohol, a través del reconocimiento de los efectos positivos del alcohol, el terapeuta gana en credibilidad y reduce resistencias por parte del consumidor. El consumidor, por su parte, puede reconocer, fácilmente, los aspectos negativos del abuso de alcohol y hacer que esas creencias sean salientes. Esta técnica es un pilar de las terapias de incremento motivacional que son, en gran parte, de naturaleza cognitiva (Miller & Rollnick, 1991).

La *Teoría Cognitivo-Conductual* sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas que se adquieren y mantienen, principalmente, mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como reforzador positivo, reforzador negativo o castigo y la dependencia física. Considera que estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la *Teoría del Aprendizaje Social*. Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centre en modificar las respuestas que da el individuo a su ambiente, enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de estas nuevas conductas, entrenándolo en:

- Habilidades sociales y de competencia, manejo de la ira o el enojo.
- Búsqueda de nuevas alternativas de enfrentamiento.
- Reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, que permita la elección de conducta más adecuada.
- Manejo y establecimiento de metas.
- Desarrollo de capacidades de autorregulación y autoevaluación que permitan reflexionar acerca de las conductas, pensamientos e ideas propias.
- Entrenamiento en habilidades de autoeficacia, que permitan al individuo afrontar una situación específica, influyendo directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta.

De acuerdo con Carroll (1998) los ingredientes fundamentales de la terapia cognitivo-conductual son: (a) el análisis funcional de la conducta de abuso de sustancia; (b) el entrenamiento individualizado en el reconocimiento y enfrentamiento de la compulsión o deseos intensos de consumir con manejo de los pensamientos acerca del abuso de la sustancia y solución de problemas que incluyen la planeación de emergencias, el reconocimiento de decisiones irrelevantes semejantes y el empleo de destrezas de rechazo; (c) la evaluación de los procesos cognitivos del individuo relacionados con el abuso de la sustancia; (d) la identificación e interrogación sobre situaciones de alto-riesgo pasadas y futuras; (e) la motivación para tomar y repasar sesiones extra de instrumentación de destrezas; y (f) la práctica de destrezas durante las sesiones.

La *terapia cognitivo-conductual* emplea los procesos de aprendizaje para ayudar a que los individuos reduzcan su consumo de alcohol. Funciona ayudando a las personas a que reconozcan las situaciones en las que es probable que consuman alcohol, a que encuentren formas de evitar dichas situaciones, y los entrena a que enfrenten efectivamente situaciones, sentimientos y conductas relacionadas con su abuso de alcohol (Carroll, 1998). Para lograr esas metas terapéuticas, las terapias cognitivo-conductuales incorporan tres elementos fundamentales: 1. el análisis funcional; 2. el entrenamiento en destrezas; y, 3. la prevención de recaídas (Rotgers, 1996).

3.1.4.1.2.1.1.1.5. EL ANÁLISIS FUNCIONAL. Los tratamientos cognitivo-conductuales ponen gran énfasis en los antecedentes y en las consecuencias del abuso del alcohol. En este enfoque terapéutico el individuo y el terapeuta inician típicamente la terapia conduciendo un análisis funcional completo de la conducta de abuso de alcohol (Carroll, 1998; Monti, Gulliver & Myers, 1994; Rotgers, 1996). Este análisis pretende identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de abuso de alcohol que funcionan como factores que la disparan y la mantienen. Los antecedentes del consumo pueden ser de naturaleza emocional, social, cognitiva, situacional-ambiental y fisiológico (Miller & Mastria, 1977).

El análisis funcional se centra en el número, rango y efectividad de las destrezas de enfrentamiento del individuo. Existe un gran énfasis dentro de la terapia cognitivo-conductual en identificar y remediar déficits en las destrezas de enfrentamiento, lo cual hace importante evaluar las fortalezas y destrezas de adaptación que ya posee, de entrada, el individuo (DeNeisky & Boat, 1986).

Además, el análisis funcional evalúa las características del estado emocional y pensamientos de los individuos que se presentan en los ambientes que se encuentran altamente asociados con el abuso de alcohol. Esto permite la identificación de situaciones que son particularmente de alto riesgo para el individuo. Un objetivo es determinar qué es lo que la persona pensó, sintió e hizo durante y después de las situaciones de alto-riesgo. La obtención de información sobre las situaciones de alto-riesgo en las que las personas bebieron y en las que tuvieron una crisis de recaída con posibilidad de alejamiento, resulta útil en la evaluación de habilidades de enfrentamiento, percepciones de autoeficacia, expectativas de efectos relacionados con el alcohol y procesos atribucionales.

Sin una evaluación completa, no es posible que la terapia cognitivo-conductual prosiga, y es probable que fracase (Rotgers, 1996). Un análisis detallado del problema sirve para formular el proceso de tratamiento e individualizar las intervenciones específicas que constituyen el plan de tratamiento para el individuo. El terapeuta y el individuo pueden entonces utilizar los resultados del análisis funcional para anticipar las situaciones de alto riesgo y desarrollar métodos específicos para enfrentarlas.

Para estos fines, se encuentran disponibles cuestionarios, entrevistas y medidas de juegos de roles que ayudan a los terapeutas en la evaluación y el análisis funcional. El terapeuta deberá tratar de evaluar el número y tipo de situaciones de alto-riesgo, las tentaciones o deseos de consumir en dichas situaciones, la confianza de que el individuo no consumirá alcohol en situaciones de alto-riesgo, la autoeficacia relacionada con el abuso, la frecuencia y efectividad del enfrentamiento y las expectativas sobre los efectos específicos del alcohol (Donovan, 1998; Donovan & Marlatt, 1988; Monti et al., 1994; L. C. Sobell, Sobell & Nirenberg, 1988; y L. C. Sobell., Toneatto & Sobell, 1994).

3.1.4.1.2.1.1.1.6. ENTRENAMIENTO EN DESTREZAS DE ENFRENTAMIENTO. Dado que la teoría cognitivo-conductual postula que los consumidores con problemas de alcohol tienen déficits en habilidades de enfrentamiento, la enseñanza de estas destrezas constituye el núcleo de la terapia cognitivo-conductual (Carroll, 1998).

Existe un sinnúmero de manuales de tratamiento publicados para guiar el entrenamiento de destrezas en abusadores de alcohol (Carroll, 1998; Kadden et al., 1992; Monti, et al., 1989; Monti et al., 2002), estos proveen perspectivas de la intervención de sesión a sesión. Las destrezas a enseñar pueden ser específicas al abuso del alcohol (p. ej., enfrentamiento del deseo intenso de consumir, el rechazar un ofrecimiento de alcohol) o dirigidas a áreas más generales de tipo interpersonal o emocional (p. ej., destrezas de comunicación, afrontar el enojo o la depresión). También las destrezas pueden ser de naturaleza cognitiva o conductual, o ser consideradas como esenciales, y por lo tanto, utilizadas por todos los individuos; mientras que otras destrezas pueden ser vistas como de naturaleza electiva, y por lo tanto, sean seleccionadas para un individuo en particular con base en un análisis funcional. La habilidad para diseñar de manera individualizada el entrenamiento en destrezas, de acuerdo a las necesidades del usuario, representa una de las fortalezas de la terapia cognitivo-conductual.

Las sesiones de entrenamiento en destrezas siguen un formato relativamente estandarizado. Al consumidor se le proporciona una perspectiva de la sesión, describiendo el área que será abordada y los fundamentos o razones de la intervención específica que se empleará. Esto es facilitado por los lineamientos de destrezas que centran la atención en los aspectos más importantes del enfoque en su aplicación al consumo del alcohol. Después de discutir las cuestiones involucradas en la sesión, el terapeuta modela las destrezas de afrontamiento efectivas para el tema particular. Posteriormente, el terapeuta le pide al usuario que participe en el escenario del *juego de roles* en el que puede ensayar las nuevas conductas de enfrentamiento. El terapeuta proporciona retroalimentación y guía al usuario mientras éste continúa en el ensayo conductual. A menudo, los terapeutas asignan, entre una sesión y otra, tareas que le proporcionan al consumidor la oportunidad de tratar, en situaciones de la vida real, conductas aprendidas en las sesiones. La siguiente sesión inicia, usualmente, con una revisión de la tarea y reacciones del consumidor ante la misma.

En situaciones relacionadas con el consumo de alcohol el enfrentamiento “se refiere a lo que un individuo hace o piensa en una situación de crisis de recaída, así como para manejar el riesgo de un renovado consumo de alcohol” (Moser & Annis, 1996, p.1101).

Los déficits en las destrezas de enfrentamiento entre los abusadores de alcohol pueden ser el resultado de un número posible de factores (Carroll, 1998). Quizá nunca han desarrollado dichas destrezas, posiblemente porque el inicio temprano del abuso del alcohol deterioró el desarrollo de destrezas sensibles a la

edad. Las destrezas de enfrentamiento, previamente desarrolladas, pueden encontrarse comprometidas por una dependencia en el consumo de alcohol, representando un medio principal de enfrentamiento. Algunas personas emplean destrezas que son apropiadas para una edad más temprana, pero que ya no son apropiadas o efectivas. Otras cuentan con destrezas de enfrentamiento apropiadas pero éstas se encuentran inhibidas. En ausencia de estas destrezas, tales problemas son vistos como amenazantes, estresantes y potencialmente irresolubles.

Con base en las observaciones del individuo sobre las respuestas de los miembros de la familia y de sus pares a situaciones similares y de su propio consumo inicial experimental de alcohol, el individuo consume la sustancia como un medio para tratar con estos problemas y a las reacciones emocionales que crea. Desde esta perspectiva, el abuso de alcohol es visto como una conducta aprendida que posee una utilidad funcional para el individuo –el individuo consume sustancia en respuesta a situaciones problemáticas, en un intento de enfrentar, en ausencia de destrezas de enfrentamiento conductuales, cognitivas y emocionales más apropiadas, por lo que la meta fundamental de la terapia cognitivo-conductual consiste en ayudar al individuo a que desarrolle y emplee destrezas de afrontamiento que manejen de manera efectiva las demandas de las situaciones de alto-riesgo, sin tener que recurrir al alcohol como respuesta alternativa.

Un número de dimensiones se encuentran involucradas en el proceso de enfrentamiento, en su relación con el abuso de alcohol (Donovan, 1996; Hawkins, 1992; Lazarus, 1993; Shifman, 1987; Wills & Hirky, 1996). La primera es el dominio general en el que ocurre la respuesta de enfrentamiento. Las respuestas de enfrentamiento pueden ocurrir dentro de los dominios afectivo, conductual y cognitivo.

Litman identificó un número de estrategias conductuales y cognitivas que son protectoras en contra de la recaída (Litman, 1986). Existen dos clases conductuales de conducta de enfrentamiento: 1. evitación básica de situaciones que previamente se han asociado con el abuso de alcohol; y, 2. búsqueda de apoyo social cuando se confronta la tentación de beber.

El dominio cognitivo también incluye dos categorías generales de enfrentamiento: 1. el pensamiento negativo, o pensar acerca de todas las consecuencias negativas que han resultado del abuso de alcohol y un deseo de ya no experimentar estas; y, 2. el pensamiento positivo, o pensar acerca de todos los beneficios que se derivan de estar limpio o sobrio y no querer perderlos. Litman (1986) sugiere que estas estrategias de enfrentamiento operan de una manera secuencial. Inicialmente, cuando los individuos están intentando iniciar y estabilizar la abstinencia del alcohol, parecen apoyarse más fuertemente en las estrategias conductuales. A medida en que se incrementa el período de abstinencia, parece haber una transición de estrategias predominantemente conductuales a una mayor dependencia en métodos de enfrentamiento cognitivo.

Las estrategias de enfrentamiento tienen otras dimensiones. Pueden centrarse en la emoción, enfocarse en el problema, o en la evitación. También existe una distinción entre aquellas estrategias de enfrentamiento general y aquellas que expresamente intentan enfrentarse a las urgencias, deseos intensos e intentos de consumir en escenarios asociados con abusos de alcohol en el pasado.

Otra dimensión importante de las estrategias de enfrentamiento, es la etapa en la cual es consumido en respuesta a una situación potencialmente difícil (Shiffman, 1989). El enfrentamiento anticipatorio es empleado cuando uno anticipa e intenta planear cómo tratar con situaciones futuras. Toman la forma de "Qué puedo hacer si... ". Hay también estrategias de enfrentamiento que son empleadas en el momento en que uno tiene que tratar con las situaciones difíciles relacionadas con el alcohol. Toman la forma de "Qué puedo hacer ahora...". Finalmente, hay estrategias de enfrentamiento restauradoras que pueden ser empleadas si uno fracasa en enfrentar y se encuentra a sí mismo consumiendo en la situación. Estas toman la forma de "Qué puedo hacer ahora que ya he...". Son estas estrategias de enfrentamiento restauradoras que juegan un rol en determinar si una copa inicial escalará en una recaída total.

La investigación sobre conducta de enfrentamiento relacionada con problemas de alcohol, generalmente ha dado soporte al principio básico del enfoque cognitivo-conductual, que establece que estos individuos tienen déficits en sus destrezas de enfrentamiento; que estos déficits contribuyen a su continuo consumo de alcohol; y que aquellos cuyos déficits no son remediados se encuentran en mayor riesgo de recaída, que aquellos que incrementan su enfrentamiento a través del entrenamiento (Monti et al., 1994; Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995; Wils & Hirky, 1996).

El estudio realizado por Moser y Annis (1996) encontró que el número de intentos de enfrentamiento y el tipo de enfrentamiento influye tanto en la recaída como el regreso a la abstinencia. En dicho estudio se encontró que los Intentos de enfrentar a una crisis de recaída llevó a mayores tasas de abstinencia, que el no intentar enfrentar, y que entre más grande el número de estrategias de enfrentamiento empleadas, menor fue la probabilidad de que la persona consumiera. De manera particular se encontró, que cuando se ejecutó una respuesta de enfrentamiento, la probabilidad de la abstinencia fue de 40%, y que cuando se ejecutaron 2 respuestas de enfrentamiento, la probabilidad de abstinencia alcanzó el 80%. De manera similar se encontró, que entre más grande el número de estrategias de enfrentamiento empleadas por un individuo, después de una recaída, mayor fue la probabilidad de regresar a la abstinencia.

El empleo exclusivo de estrategias activas de enfrentamiento (p. ej., el involucrarse en actividades alternativas que son incompatibles con el beber, solución de problemas, búsqueda de apoyo de parte de otros, pensar en las consecuencias por consumir, empleo de diálogos internos positivos/negativos), se asoció con el mantenimiento de la abstinencia, en contraste con apoyarse exclusivamente en

estrategias de evitación (p. ej., ignorar la situación, enfrentarse indirectamente por medio de la conducta de alimentación, o apoyarse en una fuerza superior).

Neidigh, Gesten y Shiffman (1988) investigaron las estrategias empleadas para enfrentar el estrés y la tentación de beber entre individuos que intentaban controlar su ingesta. Dichos autores encontraron que, tanto las estrategias de enfrentamiento cognitivas como las conductuales, fueron efectivas en resistir beber una copa. Se obtuvieron otros dos importantes resultados. Primero, parece existir un grado considerable de especificidad situacional en el proceso de enfrentamiento. Esto es, diferentes tipos de situaciones relacionadas con el alcohol parecen requerir diferentes tipos de respuestas de enfrentamiento, más que una estrategia general de enfrentamiento que sea igualmente efectiva a través de situaciones. Segundo, las estrategias empleadas para enfrentar el estrés no-específico, parecen ser algo diferentes de aquellas empleadas para enfrentar tentaciones. Estos resultados sugieren que el tratamiento no sólo debería rectificar deficiencias en habilidades de enfrentamiento, sino que también, puede resultar necesario centrarse en destrezas que tratan con el estrés general y con las tentaciones relacionadas con el alcohol. Aún más, puede ser necesario desarrollar destrezas de enfrentamiento específicas a diversas situaciones posibles en las que el individuo pueda consumir alcohol.

3.1.4.1.2.1.1.1. 7. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. El tercer componente fundamental de la terapia cognitivo-conductual es la prevención de recaídas (RP; *Relapse Prevention*, Marlatt & Gordon, 1985), la cual se basa en un modelo biopsicosocial (Donovan, 1996), en el cual existen múltiples factores que influyen sobre la conducta: factores biológicos (incluyendo influencias genéticas, celulares, neuronales y fisiológicas), factores psicológicos (incluyendo cogniciones e historia de aprendizaje), y factores sociales (incluyendo relaciones interpersonales y sistemas de apoyo social). Es un enfoque de tratamiento que se encuentra muy relacionado con el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, dado que incorpora muchos elementos interpersonales e intrapersonales de entrenamiento en destrezas, con el fin de incrementar la habilidad del cliente para responder efectivamente a situaciones disparadoras que tienen alta probabilidad de despertar deseos intensos de consumir alcohol o de iniciar una recaída. Aún cuando existe un número de modelos de prevención de recaídas (p. ej., Daley & Marlatt, 2005; Marlatt & Donovan., 2005; Marlatt & Gordon, 1985; Monti et al., 1989, Monti et al., 2002; Rawson, Obert, McCann & Ling., 2005; Washton, 2002), uno de los más estructurados es el de Annis, Herie y Watkin-Merek (1996c). Los enfoques de prevención de recaídas se apoyan en el análisis funcional, en la identificación de situaciones de alto-riesgo de recaídas y en el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento. Estos enfoques intentan tratar, directamente, con un número de las cogniciones involucradas en el proceso de recaída y se centran en ayudar a que los usuarios adquieran una autoeficacia más positiva.

Las revisiones de metaanálisis efectuadas por Carrol (1996) e Irving et al. (1999) sobre los estudios con orientación de prevención de recaídas demostraron

eficacia en términos de resultados de consumo de alcohol, al compararse con grupos control o con otras alternativas de tratamiento (tales como educación para la sobriedad o terapia de apoyo). Dichas revisiones concluyeron que el entrenamiento en prevención de recaídas es efectivo en el mantenimiento de los efectos del tratamiento y en la reducción de la severidad de las recaídas subsecuentes.

Marlatt y colegas han caracterizado un número de situaciones en las que se abusa del alcohol y las drogas (Chaney, Roszell & Cummings, 1982; Cummings & Gordon, 1980; Marlatt & Gordon, 1980, 1985). La taxonomía original de estas situaciones se centró en escenarios en donde ocurría la recaída, después de un período de abstinencia de la sustancia. Sin embargo, los escenarios parecen representar situaciones en que el consumo de alcohol es más probable que ocurra (Annis & Davis, 1988a; Marlatt, 1996b).

Estas situaciones han sido clasificadas en categorías. En el nivel más amplio, se consideraran las categorías de tipo interpersonal como es la interacción presente o reciente con otra persona; en las de tipo intrapersonal-ambiental participan factores que pueden ser internos para el individuo. En esta categorización también hay un número de situaciones específicas que son parte de categorías más amplias. Estas situaciones incluyen muchos escenarios emocionales, interpersonales y ambientales en los que las personas comúnmente abusan de sustancias; existiendo probabilidad de recaídas; por eso son llamadas situaciones de “alto-riesgo”. Estas situaciones también sirven como fundamento, a partir del cual, un número de medidas de autoeficacia relacionadas con sustancias han sido desarrolladas (Annis & Davis, 1988b; DiClemente et al., 1994; Sklar et al., 1997).

Aún cuando parece existir un traslape de las situaciones de alto-riesgo para las distintas sustancias (Cummings & Gordon, 1980), existe también un número de patrones específicos de sustancias. Se han examinado los factores de riesgo emocional y situacional entre una muestra clínica de pacientes que eran principalmente abusadores de alcohol. Cummings y Gordon (1980) encontraron que las experiencias sociales positivas y los estados emocionales negativos fueron factores de riesgo importantes para aquellos pacientes dependientes al alcohol. Una vez más, la valoración de las situaciones por parte del individuo en términos de su amenaza para el mantenimiento de la abstinencia relacionada a sus habilidades de enfrentamiento disponibles es lo que determina el riesgo situacional (Myers, Martin, Rohsenow & Monti, 1996).

La prevención de recaídas también hace énfasis en la importancia de preparar y planear formas de evitarla, o para que en caso de que la terapia falle se detenga el proceso de dependencia al alcohol, con daños mínimos. En algunas ocasiones los consumidores se muestran aprehensivos en hablar directamente acerca de la posibilidad de la recaída. El terapeuta puede ayudar a disipar estas preocupaciones empleando una analogía de la capacitación que reciben los bomberos para apagar incendios, el que uno esté preparado para apagar un incendio no significa

necesariamente que éste vaya a ocurrir. Sin embargo, si uno se prepara, será posible salir de la situación sin quemarse. Resulta muy útil contar con planes de emergencia muy concretos, incluyendo los números de teléfonos de personas que apoyen el proceso de recuperación del consumidor. El incluir a miembros de la familia dentro del proceso de planeación es importante, porque a menudo, ellos son más capaces, que el consumidor, de ver los signos de advertencia de una recaída inminente.

La prevención de recaídas también hace énfasis en el desarrollo de un estilo de vida más balanceado y saludable. Marlatt y Gordon (1985) postulan que una fuente de posible riesgo de recaída, tiene que ver con el grado de estrés proveniente de los obstáculos de la vida diaria que los consumidores experimentan. Dichos autores sugieren, que cuando las demandas y obligaciones que siente el consumidor (“deberías”) sobrepasan los placeres en que el individuo espera (“deseos”), entonces su vida se coloca fuera de balance. Esto, a menudo, resulta en sentimientos de privación y resentimiento. En respuesta a estos sentimientos, el consumidor puede empezar a tomar decisiones que gradualmente lo lleven hacia posibles recaídas. La meta es ayudar a que el consumidor encuentre un mejor balance, haciendo que se involucre en actividades placenteras y recompensantes, al tiempo que su nivel de estrés se reduce.

DURACIÓN DE LA TERAPIA Y FRECUENCIA DE LAS SESIONES. Las ventajas de la terapia cognitivo-conductual son: 1. que es relativamente breve en su duración; y, 2. es muy flexible en su instrumentación. Una terapia cognitivo-conductual dura entre 12 y 16 sesiones que se programan en 12 semanas (Carroll, 1998). Por ejemplo, la forma de terapia cognitivo-conductual empleada en el proyecto MATCH (Kadden et al., 1992), consistió de 12 sesiones administradas en forma de terapia individual con reuniones de una vez a la semana. Las sesiones incluyeron ocho sesiones (nucleares) que trataron con cuestiones relacionadas con el alcohol (p. ej., enfrentamiento con los deseos intensos de consumirlo, rechazo al beber y planeación emergente de recaídas) y con las destrezas generales de solución de problemas; además de cuatro áreas de temas “electivos” seleccionadas de un menú de cuestiones más generales de tipo interpersonal y social con base en evaluaciones individuales sobre las áreas problema.

Un programa de prevención de recaídas que ha resultado muy efectivo en el tratamiento de consumidores de alcohol que presentan niveles de dependencia que van de sustancial a severo, es la Prevención Estructurada de Recaídas (SRP, *Structure Relapse Prevention*) desarrollada por Annis et al. (1996c), investigadoras de la Fundación para la Investigación de la Adicción del Canadá (ARF, *Addiction Research Foundation*).

La SRP es un tipo de consejo de consulta externa que se basa en la teoría del aprendizaje social. Tiene un enfoque cognitivo-conductual diseñado para capacitar a las personas a fin de que logren un mayor control sobre el uso de alcohol. Esta

modalidad de atención consta de “5 componentes principales”: 1. evaluación; 2. entrevista motivacional; 3. plan de tratamiento individualizado; 4. procedimientos de consejo sobre iniciación del cambio; y 5. procedimientos de consejo sobre mantenimiento del cambio.

La SRP se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de los tratamientos cognitivo-conductuales breves de consulta externa como son: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, (b) el análisis de costo-beneficios (balance decisonal) para el cambio en el consumo, (c) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario en la determinación de su plan de tratamiento, (d) la detección de la etapa de cambio en que se encuentra el usuario, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) la auto-selección de metas y objetivos terapéuticos por parte del usuario, (g) el empleo del análisis funcional de la conducta, (h) el monitoreo del progreso del usuario durante la terapia, (i) la evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento, (j) el empleo de los apoyos sociales para el mejoramiento del cambio, (k) la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo, (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol y de manera particular (m) el empleo de destrezas de enfrentamiento.

Los resultados de los ensayos clínicos que se han realizado (Annis & Davis, 1988b; Annis & Davis, 1989a, 1989b; Annis, Shoeber & Kelly, 1996; Graham, Venesoen, Annis, Brett, Zarebski et al., 1985; Quiroga & Vital, 2004) con este programa han mostrado que en el año siguiente de tratamiento con la SRP, la mayoría de los clientes redujeron dramáticamente el consumo del alcohol a un octavo de los niveles de pretratamiento (87.5%) y los resultados de encuestas de satisfacción del cliente indican que el 95% de los clientes evalúan al programa como efectivo para ayudarlos a manejar sus problemas (véase Annis et al., 1996).

(a) Programas de Entrenamiento en Destrezas Específicas Focalizadas en el Alcohol (en los que se incluye a procedimientos que desafían a las expectativas, entrenamiento en discriminación de alcohol en la sangre o el automonitoreo/autoevaluación del consumo de alcohol)

Tres estudios de procedimientos de desafío de expectativas que satisfacen los criterios de inclusión, dos de los cuales (Darkes & Goldman, 1993, 1998) han mostrado efectos positivos estadísticamente significativos en el seguimiento a corto plazo. El tercer estudio (Jones, Silvia & Richman, 1995) demostró tendencias en el consumo de alcohol que dan apoyo a las intervenciones de desafío de expectativas, pero no se encontró significancia estadística.

Darkes y Goldman (1993) asignaron, de manera aleatoria, a participantes masculinos que presentaban consumo excesivo de alcohol a que recibieran alcohol o un placebo. Los participantes consumieron bebidas dentro de un escenario social el cual incluyó actividades con un componente social o sexual y posteriormente

intentaron adivinar que participantes (incluidos ellos mismos) habían consumido alcohol o placebo con base en su conducta. Además, los participantes recibieron información acerca de los efectos placebo del alcohol y monitorearon eventos relevantes a las expectativas en sus ambientes, a lo largo del curso de las 4 semanas del estudio. Los procedimientos de desafío de expectativas fueron aplicados durante tres sesiones de 45 minutos. En contraste con los participantes que recibieron educación tradicional acerca del alcohol y los participantes el grupo control que únicamente fueron evaluados, los participantes del grupo con desafío de expectativas informaron de un decremento significativo en su consumo de alcohol en el seguimiento efectuado a las dos semanas.

Similarmente, Darkes y Goldman (1998) asignaron de manera aleatoria a 54 participantes masculinos con consumo excesivo a un grupo control que únicamente recibió evaluación o a uno de dos grupos que recibieron procedimientos de desafío de expectativas para la sociabilidad o para la excitación, empleando los procedimientos antes descritos para desafiar las expectativas sociales, en tanto que las expectativas de excitación fueron desafiadas durante las tareas que involucraban señales de tranquilidad o tareas de solución de problemas. El estudio también incluyó una sesión de mantenimiento de 15 minutos que se administró 4 semanas después de la terminación de los procedimientos de desafío de expectativas, con un seguimiento adicional a las 2 semanas siguientes (6 semanas después del procedimiento de desafío). Los resultados indicaron que los participantes en ambas condiciones de desafío de expectativas redujeron significativamente su consumo de alcohol después de las 2 semanas de postratamiento, en comparación con los participantes del grupo control que demostraron un incremento en el consumo. Los participantes de las tres condiciones señalaron un decremento subsecuente en el consumo de alcohol en el seguimiento efectuado a las 6 semanas, en donde el mayor decremento en el consumo de alcohol lo mostraron las condiciones de expectativas. De manera importante, en los estudios de Darkes y Goldman (1993, 1998), los consumidores excesivos mostraron el mayor impacto de los procedimientos de desafío de expectativas, en contraste con las otras intervenciones que demostraron mejores efectos para los estudiantes con consumo moderado o leve de alcohol.

En contraste con los estudios de Darkes y Goldman (1993, 1998), Jones et al. (1995) evaluaron un procedimiento de desafío de expectativas que incorporó información didáctica y discusión acerca de las expectativas hacia el alcohol, incluyendo el automonitoreo de expectativas, con o sin un procedimiento de auto-desafío de expectativas (asignado de manera aleatoria), pero sin el componente de experiencia en la administración de alcohol. El seguimiento de 24 días indicó que se redujo el consumo general a lo largo del tiempo, pero no se encontró que los cambios en el consumo de alcohol variaran, significativamente, en las distintas condiciones. Sin embargo, el análisis post hoc indicó que únicamente los participantes de la condición de expectativa con auto-desafío disminuyeron

significativamente su consumo al compararse la fase de pre-tratamiento con el seguimiento.

Los hallazgos a partir de estos tres estudios sugieren que los procedimientos de desafío de expectativas pueden tener considerable utilidad para el decremento del consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios masculinos. Estos hallazgos también sugieren que al incrementar el nivel de personalización y experiencia del componente de la información de la expectativa y al proporcionar práctica en el desafío de expectativas puede ser necesario para que estos programas sean efectivos. Sin embargo, se requiere de estudios que repliquen estos hallazgos en una mayor escala con hombres y mujeres y con seguimientos a largo plazo, a fin de evaluar este enfoque de una manera completa. Además, se requiere de evaluaciones posteriores del impacto relativo de los procedimientos de desafíos de expectativas con o sin un componente de administración de alcohol.

Tres estudios (Cronin, 1996; Garvin et al., 1990; Miller, 1999) evaluaron el automonitoreo o la autoevaluación del consumo de alcohol como forma de intervención, las cuales han señalado efectos positivos significativos de esta estrategia, ya sea en el consumo, en las consecuencias negativas o en ambos.

Cronin (1996) comparó los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo de los estudiantes, al final del periodo vacacional, entre estudiantes que fueron aleatoriamente asignados para que escribieran un diario en el que anticiparan el consumo para la próxima semana de vacaciones, con aquellos que fueron asignados a un grupo control sin tratamiento. Los resultados indicaron que aquellos estudiantes que escribieron el diario antes del periodo vacacional, informaron de menos consecuencias negativas al finalizar el periodo vacacional que los estudiantes del grupo control.

En su estudio de miembros de fraternidades, Garvin et al. (1990) se entrenó a participantes en un grupo con solo automonitoreo, a que registraran su consumo diario de alcohol durante un periodo de 7 semanas. Los participantes de esta condición no recibieron otra intervención. Es importante señalar que en el seguimiento efectuado a los 5 meses, los participantes del grupo de automonitoreo informaron de estadísticas menores en el consumos de alcohol que los participantes del grupo de control sin tratamiento y del grupo de educación acerca del alcohol.

Miller (1999) comparó a estudiantes que participaron en tres evaluaciones computarizadas sobre su consumo de alcohol (sin intervenciones adicionales durante sus años de ingreso a la universidad) con participantes que también recibieron un programa de entrenamiento en destrezas contra el alcohol de dos sesiones administradas por sus pares o 2 sesiones de entrenamiento en destrezas facilitadas por medio de un CD-ROM interactivo (Reis, Rile, Lokman & Baer 2000). Los participantes fueron 547 estudiantes con variados niveles de riesgo de problemas relacionados con el alcohol, aleatoriamente asignados a una de estas

tres condiciones, o a un grupo control con solo una sesión de evaluación. Aún cuando algunas medidas de resultados favorecieron a los dos grupos con intervención, en comparación con la condición de evaluación únicamente, los estudiantes del grupo de evaluación también disminuyeron su consumo de alcohol y consecuencias relacionadas, en el seguimiento efectuado a los 6 meses, de manera similar a la de los dos grupos de las condiciones experimentales. Sin embargo, al compararse dichos indicadores al año de seguimiento, los estudiantes del grupo con evaluación únicamente, estaban consumiendo más y estaban experimentando más problemas relacionados, que cualquiera de los participantes de los otros tres grupos. Estos resultados sugieren que la oportunidad para responder a preguntas acerca del consumo de alcohol y a las consecuencias negativas, en la ausencia de cualquiera retroalimentación adicional, funcionaron como una forma de intervención para aquellos participantes del grupo con evaluación únicamente. Una limitación de este estudio es que hubo una tasa baja de respuesta inicial a los esfuerzos de reclutamiento (aproximadamente 25%), y todas las condiciones incluyeron un alto porcentaje de abstinentes y consumidores leves (41% y 32%, respectivamente).

A pesar de las limitaciones, cada uno de estos tres estudios no solamente proporciona apoyo al papel de la evaluación en la promoción del cambio, sino que también, tienen implicaciones en las conclusiones derivadas de otros estudios longitudinales que incluyen evaluaciones repetidas de los grupos control. La inclusión de grupos control con solo evaluaciones en diseños longitudinales con aleatorización puede ser necesaria, a fin de evaluar los resultados del programa de una manera más precisa.

(b) Programas de Entrenamiento en Destrezas Genéricas de la Vida, relacionadas de manera Indirecta con el Alcohol (tales como el entrenamiento en destrezas sociales, en el manejo del estrés, en la solución de problemas, en combinación con el entrenamiento en destrezas específicas focalizadas en el consumo de alcohol (p. ej. autocontrol del consumo).

En la década de 1970 se empezó a emplear el concepto de enfoque de *amplio espectro* dentro del campo de la dependencia al alcohol. La premisa de este enfoque es, que la conducta de consumo de alcohol se encuentra funcionalmente relacionada a otros problemas en la vida de la persona y que un enfoque que aborda este amplio espectro de problemas con los componentes múltiples correspondientes, es más efectivo que uno que se enfoca únicamente en el consumo de alcohol en el que se considera un solo componente o modalidad de intervención. Esto resulta consecuente con la investigación existente a la fecha que se ha enfocado, particularmente, en hipotetizar que el dependiente al alcohol presenta deficiencias en destrezas. La predicción típica es, que a los dependientes al alcohol que se les enseñan destrezas cruciales de enfrentamiento, tendrán mayor éxito en mantener la sobriedad que aquellos cuyo tratamiento se enfoca únicamente en la dependencia del alcohol.

Siete estudios (Ametrano, 1992; Baer, Marlatt, Kivlahan, Fromme, Larimer et al., 1992; Garvin et al., 1990; Jack, 1989; Kivlahan et al., 1990; Marcello, Danish & Stolberg, 1989; Miller, 1999; Quiroga & Sánchez, 1994), evaluaron otro tanto de intervenciones multicomponentes basadas en destrezas genéricas y específicas identificadas en la literatura. De estas, tres intervenciones (Ametrano, 1992; Jack, 1989; Marcello et al., 1989) no encontraron efecto positivo sobre el consumo de alcohol o sobre las consecuencias, mientras que cinco intervenciones (Baer et al., 1992; Garvin et al., 1990; Kivlahan et al., 1990; Miller, 1999; Quiroga & Sánchez, 1994) encontraron, al menos, ciertos efectos sobre el consumo de alcohol, sobre los problemas relacionados al consumo, o en ambos.

Baer et al. (1992) compararon tres formatos de un programa similar al ASTP para evaluar si la intensidad, o el formato de la intervención, afectarían la magnitud del cambio. Los participantes fueron voluntarios consumidores excesivos, aleatoriamente asignados, para recibir una versión de seis sesiones del contenido del programa ASTP. Los resultados indicaron que los participantes en las tres condiciones que terminaron la intervención, mostraron cambios significativos en las tasas de consumo y en los problemas relacionados, al comparar la línea base con el seguimiento. Sin embargo, se informó de una substancial deserción en la condición de auto-ayuda, de tal suerte que esta condición fue eliminada.

Garvin et al. (1990) incluyeron un grupo de entrenamiento en destrezas como una condición en su estudio de fraternidades. El programa consistió de cuatro sesiones de 45 minutos diseñadas para enseñar destrezas de consumo moderado de alcohol, discriminación de concentraciones de alcohol en sangre y destrezas de asertividad (incluyendo al rechazo de consumo de alcohol). Los participantes en esta condición también auto-monitorearon su consumo de alcohol durante 7 semanas. Los resultados señalaron reducciones significativas en el consumo semanal promedio de alcohol en aquellos participantes que recibieron la intervención de entrenamiento en destrezas, que parecen comparables en magnitud con aquellas reportadas en las condiciones de solo monitoreo.

Kivlahan et al. (1990) evaluaron un programa ASTP multicomponente de 8 sesiones, que incluyó destrezas asertivas de rechazo del alcohol, relajación y destrezas genéricas y destrezas específicas para el manejo del alcohol, tales como el hacer pausas al consumirlo, el establecimiento de límites y el entrenamiento en discriminación del alcohol en sangre. Los resultados indicaron, que los participantes a quienes se les administró el programa de entrenamiento en destrezas, mostraron reducciones significativas en el consumo de alcohol y en las consecuencias, a lo largo del seguimiento de 2 años, en comparación con los estudiantes a quienes se les administró el programa escolar de información sobre el alcohol, o solamente se les administró la evaluación.

Miller (1999) comparó un programa ASTP de dos sesiones administrado por sus pares con un programa de entrenamiento en información/destrezas

computarizado de dos sesiones por medio de un CD-ROM (Reis et al., 2000), y con un grupo control con solamente evaluación repetida, y un grupo con solamente evaluación. Ambas intervenciones basadas en destrezas incluyeron información sobre normas precisas de consumo de alcohol, efectos de las concentraciones de alcohol en sangre y estimaciones de alcohol en sangre, al igual que los mitos y efectos placebo del alcohol. Se encontraron diferencias que favorecieron a las intervenciones basadas en destrezas dentro de los participantes, incluyendo incrementos en el conocimiento y en la motivación para el cambio. Además, los estudiantes consumidores de leve a moderado, a quienes se les administró las intervenciones basadas en destrezas, informaron de reducciones significativas en las consecuencias negativas del consumo, en comparación con aquellos participantes de la condición de solamente evaluación repetida. Los abstinentes y consumidores excesivos de la muestra no parecieron beneficiarse diferencialmente de las intervenciones, al compararse con los grupos con solamente evaluación repetida. La satisfacción de los participantes fue significativamente mayor en los grupos ASTP que en el grupo que recibió el CD-ROM, sugiriendo, que en promedio, los estudiantes prefirieron el enfoque ASTP más interactivo.

En cuanto a México se refiere, Quiroga y Sánchez (1994) informaron de los resultados obtenidos con la aplicación de un modelo de tratamiento cognitivo-conductual multimodal de amplio espectro para estudiantes y trabajadores universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas, el cual considera componentes de autocontrol, relajación, entrenamiento en habilidades sociales y sensibilización encubierta asistida, bajo los siguientes criterios: (a) preferencias de los usuarios; (b) metas de tratamiento; (c) análisis y diagnóstico conductual sobre la ingesta-problema; (d) alcances y restricciones de cada técnica en relación con los recursos de cada usuario; y (e) grado de severidad del problema en términos de los patrones de consumo y daños orgánicos. La sub-muestra de estudiantes con problemas de alcohol estuvo comprendida por 22 participantes que se caracterizaron por presentar dependencia media (90%) y Severa (10%) al alcohol y problemas relacionados con el consumo en las áreas familiar (60%), escolar (47%), laboral (33%), sociales (47%), quienes asistieron a tratamiento durante los años comprendidos en el periodo 1992-1993. Los resultados señalan una efectividad de 75% de participantes que lograron reducir y/o eliminar el consumo de alcohol en un 59% con base en las metas de abstinencia (58%) o moderación (32%) establecidas. En lo que respecta a los problemas relacionados al consumo se observó, que después del tratamiento, hubo una reducción significativa en el porcentaje de participantes que reportaron problemas: familiares (27%); escolares (0%); laborales (0%); y Sociales (7%). Cabe señalar, que aún cuando se empleó un diseño de Base Conductual Multivariable Multicondicional, no se contó con un grupo control o de comparación.

Resumiendo, la investigación actual proporciona sólido apoyo a los programas cognitivo-conductuales que combinan el entrenamiento en destrezas genéricas y específicas para reducir las tasas de consumo de alcohol y problemas relacionados

al consumo en poblaciones universitarias, con base en los siguientes enfoques de amplio espectro y focalizados al consumo de alcohol: 1. el entrenamiento en destrezas sociales, 2. el entrenamiento en el manejo del estrés, 3. la desensibilización sistemática, 4. la sensibilización encubierta asistida y 5. el autocontrol conductual. En los estudios evaluados, los dos primeros involucraron el entrenamiento de los consumidores en destrezas de enfrentamiento genéricas, en tanto que los tres últimos, involucraron destrezas específicas.

Cabe señalar, sin embargo, la advertencia y hallazgos efectuados por Miller y Hester (1980) y Miller y Dougher (1984), respectivamente, en el sentido de que los datos iniciales sobre involucramiento diferencial indican, que tal entrenamiento, es de máximo beneficio sólo para los clientes que presentan deficiencias en estas destrezas. Por esta razón, no todas las poblaciones mostrarán beneficios de los programas de entrenamiento en destrezas que se basan en enfoques de amplio espectro. Aún más, hay cierta sabiduría en resolver, en primera instancia, el problema de consumo de alcohol y después evaluar y tratar los déficits en destrezas que aún permanecen, dado que muchos problemas que se presentan durante la fase de pre-tratamiento, muestran una marcada mejoría después del tratamiento focalizado, únicamente, en el consumo de alcohol.

(c) Programas de Entrenamiento en Destrezas de Balance en el Estilo de Vida, con Poca o Ninguna Relación Directa con el Alcohol (tales como destrezas genéricas de entrenamiento en el ejercicio físico, la meditación, el manejo general del estrés, de entrenamiento en el manejo del tiempo libre o de habilidades sociales).

Dos estudios (Murphy, Pagano & Marlatt, 1986; Rohsenow, Smith & Jonson, 1985) evaluaron el efecto del entrenamiento en destrezas generales de balance en el estilo de vida en la conducta de consumo de alcohol dentro de la población estudiantil universitaria. Ambos estudios señalaron, al menos, beneficios a corto plazo sobre las tasas de consumo.

Murphy et al. (1986) asignaron aleatoriamente a 60 estudiantes masculinos con consumo excesivo a 8 semanas de ejercicio, meditación o solamente evaluación. Los resultados señalaron que los participantes en la condición de ejercicio físico redujeron, significativamente, su media de consumo de etanol semanal en comparación con los participantes del grupo control (60% de reducción de la línea base a la semana 10), a pesar del hecho de que la reducción en el consumo de alcohol no constituía una meta específica de intervención. Las reducciones en el consumo se mantuvieron, en gran parte, en el grupo de ejercicio (6 semanas) aún después de la cesación de la intervención activa. Los participantes de la condición de meditación se mostraron con menos probabilidad de cumplir con la meditación; sin embargo, aquellos que meditaron mostraron reducciones en el consumo de alcohol similar a aquellos participantes del grupo de ejercicio.

Rohsenow et al. (1985) asignaron, de manera aleatoria, a 36 estudiantes con consumo excesivo a un curso general de manejo de estrés o a una condición con solo evaluación. Los resultados señalaron que, los participantes a los que se les administró la intervención, informaron de una disminución en el consumo de alcohol durante el seguimiento efectuado a los 2.5 meses en comparación con los participantes en el grupo control. Sin embargo, durante el seguimiento efectuado a los 5 meses, estos resultados no fueron significativos.

En resumen, diversas intervenciones cognitivo-conductuales que incluyen enfoques de amplio espectro con componentes múltiples de entrenamiento en destrezas, se han asociado con cambios conductuales en el consumo. La magnitud de estos efectos varía dependiendo de las intervenciones y de las poblaciones estudiadas, pero en general, apoyan la eficacia de estos enfoques. En general, los diseños de investigación que evalúan estos enfoques han sido más sólidos que los empleados por los programas educacionales, aún cuando las limitaciones metodológicas son aún evidentes dentro de esta investigación, debido fundamentalmente, al pequeño tamaño de las muestras y a las tasas de deserción relativamente altas de algunas muestras.

3.1.4.1.3. PROGRAMAS DE INCREMENTO MOTIVACIONAL/RETROALIMENTACIÓN. El enfoque motivacional/retroalimentación asume que, en general, los individuos que abusan del alcohol: (1) presentan déficits motivacionales para hacer uso de los recursos y de las destrezas con que cuentan; y (2) carecen de información/retroalimentación personal relevante sobre cómo el nivel de consumo de una persona se compara con normas de consumo nacional o regional y se encuentra relacionado con posibles daños a la salud. De manera particular, considera que los estudiantes universitarios que beben alcohol, de manera peligrosa, o que han experimentado problemas, en raras ocasiones identifican su consumo de alcohol como riesgoso o problemático. También, en raras ocasiones, buscan tratamiento u otro tipo de ayuda, por voluntad propia. Por esta razón, este enfoque introduce un programa de información, retroalimentación y de ilicitación o desarrollo de la motivación, dentro de un formato de intervención o tratamiento breve.

Este enfoque contempla estrategias de incremento motivacional entre las que destaca, de manera especial, un estilo de consejo no confrontacional desarrollado originalmente por William R. Miller de la Universidad de Nuevo México denominado *entrevista motivacional* (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991, 2002), que privilegia los aspectos de índole motivacional sobre los conductuales. De hecho, la entrevista motivacional a menudo es descrita, dentro de las condiciones de tratamiento de los ensayos clínicos aleatorizados, como un componente diametralmente opuesto, o mutuamente excluyente, del enfoque de entrenamiento en destrezas (Kadden et al., 1994; Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992).

En contraste con el entrenamiento cognitivo-conductual en destrezas, el enfoque breve motivacional/retroalimentación, vía la entrevista motivacional, no le

enseña al individuo formas o maneras para cambiar su conducta; en la entrevista motivacional no se emplea, por lo general, el juego de roles, la práctica y sesiones de retroalimentación, modelamiento o sesiones de solución de problemas. Más bien, se considera al cliente como capaz y responsable de desarrollar sus propios métodos de cambio. La entrevista motivacional busca elicitación y desarrollo de la motivación intrínseca del individuo para el cambio. Las metas y destrezas específicas empleadas para lograr los cambios se derivan del mismo individuo (una vez que se encuentre listo para tales cambios). En contraste, el entrenamiento cognitivo-conductual en destrezas tiende a asumir que ya existe disposición motivacional por parte del individuo, y busca identificar y corregir estrategias cognitivas y conductuales de enfrentamiento inefectivas.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL. La entrevista motivacional (MI; Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 1991, 2002) es una intervención breve directiva, centrada en el cliente para elicitación de un cambio de conducta que ayude a los clientes a explorar y resolver la ambivalencia. La entrevista motivacional se basa en la premisa de que la motivación es un estado y no un rasgo; esto es, la motivación es dinámica y siempre cambiante y, por lo tanto, puede ser un objeto de tratamiento, y no un rasgo de personalidad que una persona posee o carece. Cuando se conceptualiza a la motivación como un estado, el rol del terapeuta resulta claro: ayudar a reencender la chispa original de la motivación que proporcione el impulso que aliente el esfuerzo continuado hacia el logro de la meta y que le ayude al individuo a que mantenga, de manera óptima, su motivación para el cambio.

La entrevista motivacional *igual* la intervención con la disposición del cambio de una persona y evita el que se presenten, de manera “prematura”, intervenciones dirigidas a la acción (p. ej., antes que el cliente se encuentre listo para cambiar) que pueden producir rechazo psicológico (Brehm & Brehm, 1981). Tal rechazo incrementa las defensas para el cambio, decrementando así, la efectividad general de la intervención, al tiempo que el cliente busca mantener la autonomía psicológica o libertad personal. Por el contrario, en la entrevista motivacional se estimula a que el terapeuta explore el conflicto con aquellos individuos ambivalentes y a que expresen sus motivos de preocupación y razones propias para cambiar (Rollnick, Heather & Bell, 1992). La tarea de más alcance del terapeuta en la entrevista motivacional, consiste en desarrollar y reforzar el interés y motivación para cambiar la conducta del individuo en una dirección particular.

Miller y Rollnick (1991, 2002) suelen emplear la entrevista motivacional conjuntamente con el modelo transteórico de estadios-de-cambio de Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1984, 1986; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). En este modelo se consideran seis estadios de cambio (Prochaska et al., 1994): precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

El estadio de *Precontemplación*, es aquel en el que la persona se encuentra inconsciente (o baja conciencia) de los riesgos o problemas relacionados con una conducta en particular, en este caso, el consumo peligroso. Las personas en este estadio no tienen intención de cambiar su conducta seriamente en un futuro inmediato (en los próximos seis meses), ya que la conducta no es vista como un problema. Los consumidores universitarios de alto riesgo se encuentran, a menudo, en este estadio. La experiencia indica que los estudiantes que son requeridos para una evaluación sobre su consumo de alcohol o intervención, como resultado de una acción disciplinaria, se encuentran comúnmente en un estadio de precontemplación. Aún cuando reconocen que consumen alcohol de manera excesiva, en comparación con otros estudiantes consumidores universitarios que conocen, no consideran su consumo como algo que requiera de cambio. El hecho de que se les requiera para que busquen una valoración profesional, a menudo lo interpretan como “mala suerte” y no como un indicador de consumo peligroso o problemático.

El estadio de *Contemplación*, es aquel en el que la persona empieza a reconocer que existen ciertos riesgos y/o problemas y empieza a considerar hacer algún cambio en su conducta seriamente dentro de los próximos seis meses, pero no ha hecho, todavía, un compromiso firme para cambiar. Este estadio se caracteriza, fundamentalmente, por la ambivalencia acerca del cambio. Aún cuando la persona reconoce la existencia de algunos aspectos desadaptativos del consumo de alcohol, vacila entre el interés en efectuar cambios conductuales y el deseo de seguir igual. Las personas luchan, frecuentemente, con sus experiencias positivas cuando emplean el alcohol, así como con la cantidad de esfuerzo, energía y con la pérdida que tomará superar el problema (Prochaska et al., 1992).

El estadio de *Preparación* para la acción combina la intención con la conducta y comúnmente se presenta una vez que la ambivalencia es resuelta o disminuida. Las personas que se encuentran en este estadio normalmente ya han tomado alguna acción en la dirección del cambio (p. ej., reducción en el número de copas consumidas) pero sin una meta específica o criterio de acción efectiva (p. ej., abstenerse de intoxicarse o abuso de alcohol). De manera importante, las personas que se encuentran en la fase de preparación tienen la intención de tomar acción deliberada en hacer un cambio en su conducta en un futuro cercano (próximos 30 días). Durante esta etapa es común escuchar declaraciones tales como “Estoy listo para intentar algo más para cambiar lo que estoy haciendo”, o “No me di cuenta que las cosas habían llegado tan lejos, fuera de control”, ¿Qué sugiere usted?

El estado de *Acción* es aquel en el que los clientes modifican su conducta y/o el medio ambiente con el fin de superar el problema. Por definición, aquellos clientes que han alterado de manera exitosa su conducta adictiva, desde 1 día hasta 6 meses, son clasificados en este estadio. El traslado al siguiente estadio implica un periodo de seis meses de permanencia en este estadio. Este intervalo coincide con la fase de mayor riesgo de recaída. Prochaska et al. (1992) alertan a los clínicos en

contra de un énfasis de miopía del estadio de acción, sin reconocer el proceso que las personas siguen para alcanzar y mantener una meta conductual.

El estadio de *Mantenimiento*, es aquel en el que los esfuerzos se realizan para apoyar y mantener las ganancias conductuales que se han conseguido. Este periodo se define como aquel que se extiende desde los 6 meses, después de haberse iniciado el estadio de acción, hacia adelante. La consolidación de las ganancias, la estabilización de los cambios conductuales y la prevención de la recaída, son considerados puntos relevantes de este estadio.

El Estadio de *Finalización*, es aquel que sigue después de que en el estadio de mantenimiento no se produce la recaída. En este estadio se da por finalizado el proceso de cambio, considerando la total desaparición del problema, como la ausencia de deseo de consumir la sustancia en cualquier situación o la confianza en no consumir la sustancia en todas las situaciones.

El modelo de los estadios-de-cambio provee una entrevista motivacional con un mapa conceptual para evaluar la posición y curso actual del individuo. En lugar de esperar el momento “correcto” o “ventana de oportunidad” para actuar, la entrevista motivacional empalma el estadio de cambio en que se encuentra el cliente con las estrategias motivacionales apropiadas correspondientes. Por ejemplo, un terapeuta que emplea la entrevista motivacional se dirige a incrementar la percepción de riesgo y de los problemas en un contemplador, y a un cliente en el estadio de preparación, le ayudará con estrategias específicas para iniciar la acción. La resistencia del cliente es empleada como retroalimentación, que le indica al terapeuta que ha rebasado el continuo motivacional en que se ubica el cliente. Cuando este es el caso, la tarea del terapeuta es dar marcha atrás y empalmarse con el cliente y empezar a moverse hacia delante, una vez más.

Por otro lado, la *terapia de incremento motivacional* (MET; *Motivational Enhancement Therapy*, Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992) es una adaptación específica de la entrevista motivacional y surge como resultado de integrar 2 componentes específicos: (1) *retroalimentación personalizada* sobre la valoración inicial efectuada al cliente sobre su consumo de alcohol y consecuencias negativas relacionadas; y (2) el estilo clínico de la *entrevista motivacional*. Esto es, los resultados de la evaluación son presentados al cliente dentro de un formato objetivo y descriptivo no confrontativo, para que él decida que se hace con ellos, en lugar de emplear los hallazgos como prueba de la existencia de un problema dirigidos a persuadir de la necesidad de un tratamiento (estrategia que probablemente evocará resistencia por parte del cliente).

RETROALIMENTACIÓN PERSONALIZADA. A partir de la valoración inicial del consumo de alcohol y consecuencias negativas relacionadas, con base en datos de autoreportes previamente recolectados, se proporciona retroalimentación personalizada al cliente. El proporcionarle los resultados de sus pruebas u otra

información técnica de manera verbal y escrita, puede contribuir a una mayor comprensión y retención del material de parte del cliente. Esta retroalimentación personalizada puede también proporcionar una estructura o formato para la discusión con el cliente sobre su conducta. La retroalimentación personalizada que comúnmente se emplea, incluye un resumen de los hábitos de consumo, una comparación de los hábitos de consumo con las normas generales, factores de riesgo (p. ej., historia familiar, grado de dependencia al alcohol), resultados de la valoración médica o psicológica (p. ej., funcionamiento del hígado, deterioro cognitivo o neuropsicológico derivado del consumo excesivo) y factores cognitivos (p. ej., creencias acerca de los efectos comunes del beber). Tal retroalimentación constituye una práctica estandarizada dentro de la MET (Miller & Rollnick, 1991; Miller et al., 1992). Los terapeutas pueden emplear la retroalimentación impresa, de la misma manera que el médico hace uso de resultados de pruebas de laboratorio, cuando revisan estos resultados con un cliente.

La MET ha sido evaluada por medio de ensayos clínicos que han mostrado reducciones significativas en el consumo de alcohol empleando una o dos sesiones (Miller, Sovereign & Kregge, 1988; Miller, Benefield & Tonigan, 1993). El añadir una sesión de MET al inicio, ha incrementado la adherencia al tratamiento y duplicado las tasas de abstinencia durante el post-tratamiento (Aubrey, 1998; Bien, Miller & Boroughs, 1993; Brown & Miller, 1993). Dentro del proyecto MATCH, que a la fecha constituye el más grande ensayo clínico psicoterapéutico para los problemas de alcohol realizado, cuatro sesiones de MET arrojaron resultados generales tan efectivos como los obtenidos con las 12 sesiones de terapia cognitivo-conductual o las 12 sesiones de terapia de facilitación basada en el programa de 12 pasos (Project MATCH Research Group, 1997).

Interesantemente, tres estudios (Agostinelli, Brown & Miller, 1995; Walters, Bennett & Miller, 2000; Walters, Martin & Noto, 1999) sugieren que la eficacia de los enfoques de incremento motivacional puede depender, no tanto del componente individual o interpersonal, sino más bien de la retroalimentación empleada por estos enfoques.

Agostinelli y colegas de la Universidad de Nuevo México (Agostinelli et al., 1995) llevaron a cabo un estudio piloto de una intervención breve motivacional con retroalimentación para estudiantes universitarios, que se basó únicamente en mandar por correo retroalimentación gráfica personalizada a los participantes. Los 24 estudiantes que participaron de manera voluntaria en este estudio fueron asignados, de manera aleatoria, a alguna de las siguientes condiciones: grupo de intervención breve; o a un grupo control con sólo condición de evaluación. La retroalimentación incluyó rangos percentiles que comparaban el patrón típico de consumo de alcohol del estudiante en los 60 días previos con las normas de la población de los Estados Unidos; pico estimado del nivel de alcohol en sangre (NAS); y un resumen de factores de riesgo personales, incluyendo a la tolerancia al alcohol e historia familiar. Aunque se careció de controles estrictos de validez interna, dicho estudio demostró

que los estudiantes que recibieron esta intervención mínima, a través del correo, mostraron mayores reducciones en el consumo semanal y en los niveles típicos de intoxicación, que lo que mostraron los estudiantes del grupo control. Los resultados señalaron que en el seguimiento efectuado a las 6 semanas, los participantes que recibieron la retroalimentación, vía correo, informaron de reducciones en el consumo de cerca de 8 copas a la semana, en comparación con los participantes del grupo control, quienes no cambiaron.

De manera similar, Walters (2000) describió dos ensayos (Walters et al., 1999, 2000) de retroalimentación gráfica, vía correo, en comparación con destrezas grupales más una condición de retroalimentación y un grupo control, sin tratamiento. En cada caso, la retroalimentación gráfica, vía correo, fue significativamente más efectiva cuando se administró como único componente, que cuando se hizo en combinación con información de entrenamiento en destrezas. Los participantes del primer estudio (n = 37) fueron estudiantes con consumo de moderado a excesivo aleatorizados a la condición. En el seguimiento efectuado a los 6 meses los participantes con retroalimentación informaron de una reducción de cerca de 14 copas a la semana en comparación a 6 copas a la semana entre el grupo de participantes, y menos de 1 copa en el grupo control.

En el segundo estudio (Walters et al., 1999), 34 participantes fueron asignados a alguna de las siguientes condiciones: (a) solamente a la condición de retroalimentación; (b) solamente a la condición de evaluación, o (c) a un grupo modificado que incluyó actividades de clarificación de valores con una revisión de la retroalimentación, conjuntamente con retroalimentación vía correo. Los resultados, una vez más, favorecieron a la condición de solamente retroalimentación (una reducción de 6.6 copas a la semana en comparación con una reducción de .35 copas a la semana en la intervención grupal, y una reducción de 2.75 copas a la semana en el grupo control).

Cabe señalar, que la mayoría de estos estudios se encuentra limitados por los seguimientos, relativamente cortos, y por los sesgos potenciales en la selección, debido a lo pequeño del tamaño de las muestras, y a la falta de información sobre éstas. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos en relación con la eficacia de la retroalimentación, vía correo, son estimulantes, y los estudios a gran escala, basados en este enfoque, constituyen una garantía. De manera particular, la realización de ensayos adicionales sobre la eficacia de los enfoques de incremento motivacional y de retroalimentación gráfica personalizada, sola y en combinación, pueden ayudar a identificar los componentes efectivos de estas intervenciones.

Un tipo de intervención breve motivacional que ha demostrado resultados positivos documentados en estudios controlados en diferentes universidades norteamericanas en el tratamiento de estudiantes universitarios, a nivel de licenciatura, con problemas de consumo excesivo de alcohol es la denominada Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (BASICS;

Brief Alcohol Screening Intervention for College Students, Dimeff et al, 1999), la cual se encuentra basada en el Brief Drinker's Check-Up (Miller & Sovereign, 1989) y se compone de 2 sesiones de 50 minutos (con una sesión adicional, antes o después de la primera sesión, para el llenado de medidas de autoreporte). El propósito de la primera sesión es evaluar los patrones de consumo de alcohol del estudiante, las actitudes que tiene hacia el alcohol y su motivación para cambiar el patrón de consumo. El propósito de la segunda sesión, es proporcionar retroalimentación sobre los factores personales y dar consejo sobre formas específicas para moderar el consumo, además se proporciona información psico-educacional sobre el alcohol. Se le entrega al estudiante material escrito y gráfico sobre la evaluación con un resumen de los resultados. Esta modalidad combina información sobre los efectos del alcohol, identificación de factores de riesgo personal, la discusión de estrategias cognitivo-conductuales específicas para moderar el consumo, y las estrategias motivacionales dirigidas a la creación de interés para el cambio de conductas de consumo excesivo de alcohol.

Nueve estudios revisados con muestras de estudiantes universitarios, en los que se han empleado diferentes modalidades del BASICS (Baer et al., 1992; Baer, Kivlahan, Blume, McKnight & Marlatt, 2001; Borsari & Carey, 2000; Dimeff, 1997; Larimer et al., 2001; Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt, 1999; Marlatt et al., 1998; Murphy, Duchnick, Vuchinich, Davison, Kart et al., 2001; Quiroga & Cabrera, 2004) cumplieron con los criterios de inclusión y evaluaron la eficacia de enfoques breves (una o dos sesiones) de incremento motivacional en sus modalidades individual y grupal, en los que típicamente se incorpora información acerca del alcohol, información sobre entrenamiento en destrezas y retroalimentación gráfica personalizada, diseñada para incrementar la motivación para cambiar el consumo de alcohol. Cada una de estas intervenciones demostró efectos significativos en la conducta de consumo de alcohol, en las consecuencias, o en ambos.

Tal y como se señaló previamente, Baer et al. (1992) compararon la efectividad de las tres modalidades del Programa de Entrenamiento en Destrezas contra el Alcohol (ASTP): (1) el Curso de Entrenamiento en Destrezas de Alcohol, (2) una versión de 1 hora de la Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios BASICS; y (3) el curso por correspondencia basado en un Manual. Los estudiantes reportaron un consumo promedio de 20 copas a la semana durante la línea base, esparcidas a lo largo de cuatro ocasiones de consumo. El pico de nivel de alcohol en sangre (NAS) estimado fue de 0.14% y los estudiantes informaron experimentar numerosos problemas relacionados con el consumo. Los estudiantes redujeron su consumo promedio de alcohol de manera significativa durante el curso del estudio. Las ganancias se mantuvieron durante los periodos de seguimiento al año y a los dos años. El promedio de copas a la semana se redujo de manera general de 12.5 a 8.5 copas a la semana, lo cual representó un 32% de reducción. También se redujo el pico del NAS de 0.14% a 0.10%. Aunque estos hallazgos apoyan la eficacia de las tres modalidades, los autores informaron encontrarse particularmente entusiastas sobre los efectos de resultados del

componente de retroalimentación del BASICS por las siguientes razones: Esta condición parece ser la más probable de concluirse, la más potencialmente efectiva, ya que una sola sesión de consejo breve fue comparable a 6 sesiones grupales del programa ASTP y a un curso por correspondencia de 6 sesiones en la reducción del consumo de alcohol y la más fácil de diseñar a los riesgos individuales y grados de disposición para iniciar un programa de cambio conductual.

El Proyecto Estilos de Vida (LSP, *Lifestyles Project*; Baer, 1993) se diseñó para replicar y extender estudios iniciales sobre programas breves de reducción del daño con estudiantes universitarios que consumen excesivamente. Brevemente, 2157 estudiantes fueron evaluados con el fin de que participaran en un estudio longitudinal de 4 años. Se seleccionó para que participaran en el estudio a 508 estudiantes considerados en mayor riesgo de problemas de alcohol. Los criterios de riesgo incluyeron un patrón de consumo excesivo de alcohol en el momento de la evaluación inicial, o una historia de problemas derivados del consumo de alcohol. De estos 508 estudiantes, 366 fueron finalmente reclutados y fueron asignados, de manera aleatoria, a uno de los siguientes grupos: a un grupo experimental o a una condición de grupo control de alto riesgo. Se seleccionó, de manera adicional, a 150 estudiantes del "pool" original para que conformaran un grupo control que posibilitara observar el curso natural de los patrones de consumo entre los estudiantes universitarios. A los sujetos asignados a la condición experimental se les administró el BASICS, además del procedimiento de evaluación. A todos los demás sujetos se les administró, únicamente, el procedimiento de evaluación.

Aunque los consumidores de alto riesgo del grupo experimental y del grupo control informaron de un decremento promedio en el consumo de alcohol en los seguimientos realizados al año y a los dos años, los estudiantes a quienes se les administró el BASICS informaron de problemas relacionados con el alcohol significativamente menores, medidos a través del RAPI (White & Labouvie, 1989) y síntomas menores de dependencia al alcohol, medidos por la ADS (Skinner & Allen, 1982; Skinner & Horn, 1984), comparado con los estudiantes de la condición de grupo control de alto riesgo. Aún cuando se encontraron decrementos estadísticamente significativos, tanto para el consumo como para los problemas relacionados con el consumo, la magnitud del efecto del tratamiento fue mayor para los problemas relacionados. Esto sugiere que la cantidad consumida y los problemas relacionados con el consumo pueden estar correlacionados, pero no estar causalmente relacionados. Este hallazgo tiene una importancia considerable en la medida en que sugiere que los programas de prevención indicada pueden ser menos efectivos si sólo se centran en reducir o eliminar el consumo en oposición a abordar efectos dañinos proximales.

Marlatt et al. (1998) extendieron estos hallazgos a 390 estudiantes de alto riesgo y sin alto-riesgo que recibieron o no recibieron el BASICS. La retroalimentación incluía información personal sobre la conducta de consumo de alcohol del participante y sobre las consecuencias negativas relacionadas,

información normativa precisa sobre el consumo de los estudiantes universitarios y comparación del consumo personal del participante con las normas actuales de consumo del campus y consejo/información sobre las técnicas para la reducción del consumo. Concretamente, el grupo de estudiantes de alto-riesgo fue asignado al programa de intervención BASICS (n =153) o a un grupo control que solo recibió evaluación (n = 160); en tanto que un grupo funcional de comparación de no alto-riesgo (n = 77) recibió solo la evaluación.

Los resultados indicaron que más estudiantes que recibieron el BASICS informaron de mejorías, comparado con los grupos control de alto-riesgo y funcional sin alto-riesgo, en términos de los patrones de consumo de alcohol y en los problemas relacionados con el consumo y que mantuvieron esas reducciones a lo largo de un periodo de seguimiento de 2 años. Por ejemplo, en el Inventario de Problemas de Alcohol Rutgers (RAPI; White & Labouvie, 1989), 23% del grupo que recibió el BASICS informó mejorar, en tanto que un 6% informó empeorar. Por otro lado, en el grupo control de alto-riesgo 21% informó mejorar y un 10% empeorar. Por último, en el grupo funcional de comparación sin alto-riesgo 0% informó mejorar y 6% empeorar. Estos resultados sugieren que la intervención puede haber alterado la trayectoria de la conducta de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de alto-riesgo (Las trayectorias de los estudiantes que reciben el BASICS se asemejan más a una trayectoria de moderación) [demostrada por el grupo de comparación sin alto-riesgo], que la trayectoria de deterioro demostrada por el grupo control de alto-riesgo).

Borsari y Carey (2000) replicaron los estudios de Baer et al. (1992) y Marlatt et al. (1998) en una universidad del noreste de los Estados Unidos de América. Sesenta participantes, detectados en un curso introductorio de psicología, quienes habían informado consumir 5 o más copas (cuatro o más copas en las mujeres) dos o más veces en el mes previo a su reclutamiento. Los estudiantes fueron aleatorizados a una condición de entrevista motivacional breve (n = 29) que fue modelada a partir de la intervención descrita por Dimeff et al. (1999), o a un grupo control con solo evaluación (n = 31). En el seguimiento, efectuado a las 6 semanas, los participantes de la condición de entrevista motivacional breve mostraron reducciones significativas en la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol (de 17.5 a 11.4 copas a la semana [35%]), así como una disminución en el número de eventos de consumo excesivo episódico reportados, en comparación con los participantes del grupo control. Sin embargo, ni los participantes del grupo de intervención ni los del grupo control mostraron reducciones en las consecuencias relacionadas con el alcohol, medidas por medio del RAPI. De manera interesante, los cambios en las normas percibidas mediaron la relación entre la intervención y las reducciones de consumo de alcohol, sugiriendo que el componente de retroalimentación normativa de la intervención de Dimeff et al. (1999) resulta un componente crítico.

Larimer y colegas (Anderson, Larimer, Lydum & Turner, 1998; Larimer et al., 2001) también replicaron el estudio de Marlatt et al. (1998), llevado a cabo con estudiantes universitarios de fraternidades y clubes femeninos. Los participantes fueron 296 miembros de 12 fraternidades y de 6 clubes femeninos, aleatoriamente asignados al programa breve de retroalimentación individualizada, o aun grupo control con solo evaluación. En el seguimiento de un año, los miembros de fraternidades que recibieron la intervención informaron de un decremento en el consumo de 23% (de 15.5 a 12 copas estándar a la semana), en comparación con un incremento de 15% en el grupo control (de 14.5 a 17 copas estándar a la semana). Los participantes del grupo de intervención también informaron de un decremento en el pico máximo estimado de concentración de alcohol en sangre de 0.12% a 0.08% en comparación con los participantes del grupo control, quienes no reportaron cambio en el pico máximo estimado de concentración de alcohol en sangre a lo largo del tiempo. Las estudiantes de los clubes femeninos no difirieron en el consumo de alcohol a lo largo del tiempo en función de la condición, aunque este resultado puede atribuirse a lo pequeño de la muestra.

Dimeff (1997) desarrolló y evaluó una intervención breve en un centro de salud para estudiantes universitarios. A fin de lograr la meta de satisfacer las necesidades pragmáticas y recursos de un escenario de atención primaria, desarrolló la Evaluación Multi-media de la Salud del Estudiante (MMASH, *Multi-media Assessment Student Health*) para ejecutar la evaluación inicial y generar, automáticamente, una gráfica de retroalimentación personalizada para su empleo en los proveedores de atención primaria durante sus consultas con el estudiante. En un cierto momento de la consulta médica, el trabajador de la salud a nivel de atención primaria, pasaría de 3 a 5 minutos revisando la retroalimentación gráfica generada por computadora conjuntamente con el estudiante, y aconsejando el consumo moderado a los estudiantes que planean continuar bebiendo. A los estudiantes que cumplieron con los criterios de alto riesgo de consumo excesivo o peligroso, se les invitó a participar en el programa de investigación. 41 estudiantes participaron de manera voluntaria y fueron asignados, de manera aleatoria, por medio del MMASH a alguna de las siguientes condiciones: (a) intervención breve; o (b) a una condición control de tratamiento regular. Una vez que se completó el MMASH, los participantes experimentales y sus terapeutas, recibieron y revisaron una gráfica de retroalimentación personalizada de una computadora que resumió sus hábitos de consumo y riesgos, y se promovió el consumo moderado. Aunque limitado por el reducido tamaño de la muestra, se observaron cambios estadísticamente significativos en el grupo intervenido tanto en el consumo ($d = .81$) como sobre las consecuencias ($d = .54$) durante el seguimiento efectuado al mes. Estos hallazgos sugieren que el empleo de la retroalimentación generada por computadora dentro de un centro de salud universitario puede ser una opción viable para la prevención del abuso de alcohol.

Baer et al (2001) reportaron un seguimiento de 4 años con 363 estudiantes universitarios que recibieron el protocolo original del BASICS y un grupo control de

comparación de alto-riesgo, dentro de un ensayo aleatorizado. Los resultados demostraron que aquellos estudiantes que recibieron el BASICS tuvieron reducciones significativamente mayores en las consecuencias negativas relacionadas con el consumo y en la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol reportadas, en comparación con el grupo control de alto riesgo en el seguimiento efectuado a los 4 años después de la intervención. Cabe señalar que en dicho estudio las reducciones en los problemas relacionados con el consumo fueron mayores que las reducciones en los patrones de consumo, aunque en ambos fueron estadísticamente significativos.

Murphy, Duchnick, Vuchinich, Davison, Kart et al. (2001) intentaron replicar y extender los resultados obtenidos por los estudios de Marlatt et al. (1998), a sus vez replicados por Borsari y Carey (2000) y Baer et al. (2001) en la aplicación del BASICS, en los cuales se obtuvieron reducciones significativas en los consumos de alcohol y problemas relacionados con el consumo en diversas poblaciones de estudiantes universitarios. Para lo cual, Murphy et al., asignaron aleatoriamente a 99 estudiantes universitarios a una de dos intervenciones o a un grupo control. Ochenta y cuatro de los 99 estudiantes seleccionados (85%) concluyeron con las intervenciones (BASICS; n = 30, educación; n = 29) o en sólo evaluaciones posteriores (grupo control; n = 25). Los participantes promediaron una frecuencia de 2.6 días de consumo excesivo a la semana y 21.9 copas de consumo a la semana. En relación con el BASICS, se reportó un decremento de 23% en la cantidad de copas consumidas semanalmente (de 31.7 a 21.3 copas); y un decremento de 32% en la frecuencia de días de consumo a la semana (de 4.7 a 3.2 días). Por otro lado, se reportó un decremento de 39% en el índice de problemas de alcohol reportados en el RAPI (de 10.2 a 6.2 puntos) y una reducción de 46% en la escala de dependencia al alcohol ADS (de 12 a 6.5 puntos).

Los resultados encontrados fueron consistentes con los encontrados en los estudios previos (Baer et al., 2001; Borsari & Carey, 2000; Marlatt et al., 1998). Y sugieren que la retroalimentación personalizada relacionada con el consumo administrada de una manera empática y no confrontativa puede llevar a reducciones en el consumo de alcohol y daño relacionado en estudiantes universitarios, extendiendo la literatura sobre el BASICS. En concreto, indicaron que aún cuando las diferencias generales de grupo no satisficieron los niveles convencionales de significancia estadística, el tamaño de los efectos indicaron una moderada ventaja del BASICS en todas las medidas de consumo de alcohol (cantidad de copas consumidas a la semana, frecuencia de días de consumo a la semana, frecuencia de días con consumo excesivo a la semana) en el seguimiento efectuado a los tres meses. Lo cual fue corroborado por las evaluaciones subjetivas de los estudiantes sobre sus conductas de consumo, en la que 69% de los estudiantes que participaron en el BASICS indicaron que su consumo había decrementado en comparación con solo 24% del grupo de estudiantes que participaron en el grupo con la condición de educación y 17% del grupo control. Cabe señalar, que de todas las medidas empleadas sólo en la de frecuencia de días de consumo a la semana no hubo

diferencias estadísticamente significativas, aún cuando mostró mayores reducciones que en los otros programas. Resultados similares se encontraron en el seguimiento realizado a los 9 meses, en el que 63% de los estudiantes de BASICS informaron de impacto en el consumo en comparación con 29% del grupo de educación. En tanto que en el grupo control 40% reportaron decremento en el consumo.

Finalmente, Quiroga y Cabrera (2003a) tradujeron y adaptaron al español el programa BASICS para su aplicación a estudiantes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México quienes presentaban problemas de abuso y dependencia leve al alcohol. Los resultados obtenidos con una pequeña muestra de 6 estudiantes universitarios (4 hombres y 2 mujeres) en términos de los patrones de consumo (frecuencia de consumo semanal, número de copas por ocasión de consumo y número de copas consumidas a la semana) y en los problemas relacionados con el consumo por medio del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers, al año de seguimiento (Quiroga & Cabrera, 2004), resultan promisorios para su aplicación en muestras más grandes de estudiantes universitarios, al obtenerse reducciones en la frecuencia semanal, número de copas por ocasión de consumo y número de copas consumidas a la semana de 10, 33 y 45%, respectivamente. Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo se observó una reducción de 56% medido por medio del IPAR y un 62% por medio de la EDA.

Estos resultados demuestran que el programa BASICS es efectivo en reducir el consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo en estudiantes universitarios, ya que las reducciones han sido estadísticamente significativas, pero también cuenta con eficacia clínica como lo demuestran los estudios de Roberts, Kivlahan, Baer y Marlatt (2000) al emplear los métodos para analizar cambios clínicamente significativos descritos por Jacobson y Truax (1991), al evaluar los cambios individuales en el consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo en un grupo de estudiantes universitarios previamente estudiados durante un periodo de 2 años (Marlatt et al., 1998) y el estudio de Baer et al. (2001) en el que se demostró que cambios clínicamente significativos se mantuvieron a lo largo de un seguimiento de 4 años al documentarse que 67% de los participantes del grupo de intervención de alto-riesgo informaron de buenos resultados en el periodo de cuatro años, en comparación con 55% de los participantes del grupo control de alto-riesgo. Los efectos de la intervención se demostraron por los hallazgos de que solo 10% del grupo con intervención empeoraron después de 4 años, en tanto que 18.5% del grupo control de alto-riesgo empeoraron.

Considerados en su conjunto, todos estos estudios proporcionan sólido soporte de la efectividad y eficacia de las técnicas breves de incremento motivacional personalizado, administrado de manera individual, o en combinación con información administrada en grupos pequeños. Además, los estudios con enfoques breves de incremento motivacional han sido, generalmente, metodológicamente superiores a los estudios iniciales, incluyendo a la aleatorización, la evaluación estandarizada del resultado, las intervenciones bien descritas o

manualizadas, y los tamaños de muestras relativamente grandes. También se puede incluir a los seguimientos a largo plazo.

3.1.4.1.4. PROGRAMAS COGNITIVO-CONDUCTUALES MOTIVACIONALES. A lo largo de los últimos 15 años se han desarrollado y evaluado, empíricamente, diversos programas para reducir el consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados con el consumo en poblaciones de *bebedores problema* (aquellos con dependencia baja o moderada al alcohol sin dependencia severa, Breslin et al., 1997, 1999). Estos programas se encuentran basados en intervenciones y terapias breves de corte cognitivo-conductual y motivacional (Véase Andréasson, Hansagi & Oesterlund, 2002; Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998b; M. B. Sobell & Sobell, 1993a; M. B. Sobell, Sobell & Gavin, 1995; M. B. Sobell, Sobell & Leo, 2000; Quiroga & Montes, 2004).

El *enfoque cognitivo-conductual motivacional*, es el resultado de la integración del *entrenamiento cognitivo-conductual en destrezas* y el empleo de *estrategias de incremento motivacional* entre los que destaca, de manera particular, la *entrevista motivacional* y la *terapia de incremento motivacional*, y por lo tanto, se basa en un modelo que combina déficits en destrezas y en aspectos motivacionales. En otras palabras, asume que: (1) los bebedores problema que abusan de alcohol, carecen de información y de destrezas que faciliten el consumo moderado, y (2) que tienen déficits motivacionales para hacer uso de la información y recursos con que cuentan.

Este enfoque considera que los *bebedores problema* en raras ocasiones identifican su consumo de alcohol como riesgoso o problemático. También, que en raras ocasiones, buscan tratamiento u otro tipo de ayuda por voluntad propia. Por esta razón, considera el *entrenamiento en destrezas dentro de un contexto de desarrollo de la motivación*. A este respecto, se emplean las estrategias de la entrevista motivacional desarrolladas originalmente por William R. Miller de la Universidad de Nuevo México, en un esfuerzo por crear y mantener la “disposición y voluntad” para cambiar (Miller & Rollnick, 1991, 2002).

La consideración que subyace al entrenamiento en destrezas es que el individuo carece de las destrezas para efectuar el cambio deseado, por lo que el terapeuta debe enseñarle formas o maneras para cambiar su conducta; se emplea el juego de roles, la práctica y sesiones de retroalimentación, modelamiento o sesiones de solución de problemas. Por otro lado, la consideración que subyace en la terapia de incremento motivacional es que no existe un estado de disposición para el cambio, aún cuando el individuo sea capaz, por lo que se debe elicitar y desarrollar la motivación para el cambio. Resumiendo, el entrenamiento en destrezas y el incremento motivacional buscan elicitar o desarrollar la motivación intrínseca del cliente que permita, a su vez, desarrollar las destrezas de enfrentamiento requeridas.

Aún cuando la entrevista motivacional y el entrenamiento en destrezas se encuentran comúnmente integrados en la práctica clínica actual, a menudo se les

describe dentro de las condiciones de tratamiento de los ensayos clínicos aleatorizados como si fueran componentes diametralmente opuestos, o mutuamente excluyentes (Kadden et al., 1994; Miller et al., 1992). En realidad, las estrategias de incremento motivacional (incluyendo a la entrevista motivacional y a la terapia de incremento motivacional) y el entrenamiento cognitivo-conductual en destrezas, tales como el establecimiento de límites de consumo, el automonitoreo del consumo, el ensayo del rechazo al consumo y la práctica de otras conductas útiles nuevas, a través del *juego de roles*, son comúnmente empleados de manera conjunta debido a que, normalmente, ambos son requeridos: la motivación provee la voluntad, y las destrezas proveen la manera. Muy probablemente, lo que hace a un clínico exitoso es saber cuando enfocarse en la correcta y cambiar rápidamente, entre ambas, de momento a momento.

Los elementos clave que subyacen al enfoque incluyen: (1) la aplicación de estrategias de automanejo cognitivo-conductual (basadas en el modelo de autocontrol conductual); (2) el empleo de estrategias de incremento motivacional, entre las que destaca, de manera especial, la entrevista motivacional y la terapia de incremento motivacional; y (3) el empleo del método de reducción del daño.

(1) ESTRATEGIAS DE AUTOMANEJO COGNITIVO-CONDUCTUAL. Dentro de estas estrategias destaca, de manera particular, el Entrenamiento en Autocontrol Conductual (BSCT; *Behavioral Self-Control Training*) (Chick et al., 1985; Miller & Hester, 1986c; Hester, 2003; Miller & Muñoz, 1982; Miller & Rollnick, 1991; Miller & Taylor, 1980), el cual es un enfoque de tratamiento empleado para lograr, ya bien sea una meta de abstinencia o de moderación y consumo no problemático. Consiste de técnicas conductuales de establecimiento de metas, automonitoreo, manejo del consumo, recompensa al logro de la meta, análisis funcional de las situaciones de consumo y el aprendizaje de destrezas alternas de enfrentamiento. Es educacional, en la medida en que se introducen componentes específicos, uno a la vez, y se asignan "tareas" entre sesiones. El cliente es el principal responsable de la toma de decisiones a lo largo del entrenamiento (Hester, 2003).

La investigación ha mostrado que el BSCT puede ser auto-dirigido (con la ayuda de un manual o software de computadora) o dirigido por el terapeuta (individual, grupal, o software). En general, la investigación controlada no ha encontrado diferencias cuando el tratamiento ha sido dirigido por el terapeuta o ha sido auto-dirigido. Sin embargo, existen características de los terapeutas asociadas con mejores resultados que cuando el tratamiento es auto-dirigido.

El BSCT implica ocho pasos que ocurren en el siguiente orden (Hester, 2003):

1. Establecer límites en el número de copas diarias y en el pico máximo de Nivel de Alcohol en Sangre (NAS)
2. Auto-monitorear las conductas de consumo de alcohol
3. Modificar la tasa de consumo de alcohol
4. Practicar la asertividad en el rechazo de copas

5. Establecer un sistema de recompensas del logro de metas
6. Determinar qué antecedentes producen un consumo excesivo y cuáles un consumo moderado
7. Aprender otras destrezas de enfrentamiento, en lugar del consumo
8. Aprender cómo evitar recaer en el beber excesivo

Aún cuando el terapeuta puede guiar al usuario dentro de un modelo de BSCT, el abusador de alcohol mantiene la principal responsabilidad del cambio de la conducta. Durante el curso de la terapia el cliente y el terapeuta se reúnen, en sesiones breves, para revisar la tarea y verificar que el cliente la está instrumentando. Más que involucrarse con el terapeuta la persona es guiada por manuales de autoayuda (Miller & Muñoz, 1982; Sánchez-Craig, 1995), intervenciones vía correspondencia (Sitharthan, Kavanagh & Sayer, 1996) o aún por medio de un programa de computadora (Hester & Delaney, 1997).

Hester ha señalado que existe buen apoyo empírico para el BSCT en alcanzar la meta de moderación y en el beber no-problemático (Hester, 1995, 2003). En ensayos clínicos aleatorizados los bebedores problema asignados al BSCT con metas de moderación o abstinencia, típicamente tienen resultados comparables a largo plazo. Cabe señalar, que los enfoques de BSCT han sido empleados, principalmente, en el tratamiento de los problemas de alcohol (Van Bilsen & Withehead, 1994).

La sesión inicial dentro del BSCT involucra una exploración de: (a) las razones del porqué están buscando tratamiento en este momento particular, (b) el grado en el cual la actual motivación para el tratamiento es intrínseca, más que influida por fuentes externas, (c) las áreas de preocupación que tienen el usuario y otras personas significativas sobre su abuso de alcohol, (d) las situaciones en las que bebe o consume de manera excesiva y (e) las consecuencias que experimenta (positivas y negativas, proximales y distales del actual consumo de alcohol). Esto implica un análisis funcional abreviado.

La información obtenida en esta primera sesión ayudará al consejero en determinar los antecedentes que instigan el abuso de alcohol y los reforzadores que parecen mantenerlo. Con base en la información obtenida el consejero puede empezar a formular un plan de tratamiento con respecto a las conductas objetivo específicas a ser abordadas, las intervenciones conductuales que trataran esas conductas objetivo de manera más efectiva y las conductas incompatibles con el beber excesivo que deberán ser reforzadas para un aumento en su frecuencia.

Durante las sesiones iniciales el terapeuta deberá señalar los problemas más salientes identificados por el usuario y que se deberán de intervenir al principio. El terapeuta deberá, también, evaluar la disponibilidad del usuario para cambiar, y luego, desarrollar metas conductuales en colaboración con el usuario. Para los problemas de alcohol estas metas conductuales deberán implicar, por supuesto, una

reducción o cesación en el consumo de alcohol. Además de centrarse en el consumo de alcohol como el aspecto principal, también se deberán de establecer otras metas que ayuden al usuario en el mejoramiento de su funcionamiento diario (p. ej., reducción del estrés). El aspecto medular de la terapia será el negociar con el usuario el logro de estos otros objetivos, incluyendo el consumo. El terapeuta continuará involucrando al usuario en un proceso colaborativo en el que se determinarán los problemas a considerar, sus prioridades relativas y las formas para resolverlos.

Al final de la sesión inicial el terapeuta revisa, conjuntamente con el usuario, los procedimientos para llenar los registros de automonitoreo. Además, el terapeuta deberá proporcionar al cliente los manuales de autoayuda que describen los pasos específicos del proceso de autocontrol conductual. El automonitoreo de la conducta de consumo de alcohol constituye una forma de tarea escrita común en los enfoques conductuales, aún cuando otro tipo de tareas pueden también ser empleadas. Las tareas pueden incluir cosas, tales como mantener un diario de actividades, conductas y sentimientos cuando se consume alcohol, o se encuentra en riesgo de consumirlo. En el modelo BSCT breve diseñado por Phillips y Weiner técnicas, tales como la terapia programada y la terapia escrita, hacen lo que se considera típico de la tarea, como preocupación central de la sesión de terapia (Phillips & Weiner, 1966).

Las sesiones posteriores se basan en una revisión de la información recolectada a través del automonitoreo, implicando negociaciones sobre las metas de tratamiento. En tanto que muchos bebedores problema eligen, por ejemplo, una meta de moderación, aquellos con problemas más severos cambian, con el tiempo, por una meta de abstinencia (Hodgins, Leigh, Milne & Gerrish, 1997, Hester, 2003). Posteriores sesiones podrían, también, considerar la introducción del *entrenamiento en exposición de señales* o la *prevención de recaídas* sobre un nivel particular. Estas técnicas conductuales han sido incorporadas en enfoques más comprehensivos de autocontrol conductual, aún en aquellos que tienen una meta de abstinencia (Larimer & Marlatt, 1990; Sitharthan, Sitharthan, Hough & Kavanagh, 1997). La decisión de instrumentar tales intervenciones es guiada por el automonitoreo continuo del usuario, el cual es revisado en cada sesión, por el terapeuta y el usuario.

La terapia conductual breve podría, también, involucrar a la esposa u otra persona significativa que pueda asistir a varias de las sesiones de terapia. Además de servir como cotejador del autoreporte de consumo de sustancia del usuario, puede ser involucrado en el contrato conductual e intervenciones de reforzamiento comunitario.

Las otras personas significativas pueden ser entrenadas a reforzar positivamente la abstinencia o consumo reducido de ingesta y a no argumentar con su modo de beber cuando se encuentre intoxicado, y en su lugar, a aproximársele cuando se encuentre sobrio y a proporcionarle retroalimentación positiva. El usuario y otras personas significativas pueden desarrollar un contrato de contingencias que

estimule el reforzamiento de conductas positivas.

El BSCT ha sido estudiado de manera extensiva. Estos estudios muestran, de manera colectiva, que algunos bebedores problema responden favorablemente a este enfoque, manteniendo el consumo moderado y no problemático por periodos prolongados. En la revisión evaluativa efectuada por Miller, Wilbourne y Hettema (2003), el BSCT ocupó el quinto lugar en efectividad, entre 47 modalidades de tratamiento específicos evaluados, y el séptimo lugar, cuando la revisión no incluyó a la biblioterapia como una forma de autocontrol.

(2) ESTRATEGIAS DE INCREMENTO MOTIVACIONAL. Existe una serie de estrategias para incrementar la motivación de las personas con problemas de alcohol que van, desde aquellas que emplean factores externos (p. ej., provocar una crisis de vida, ejercer coacciones o presiones sociales, familiares) o bien, otras de carácter interpersonal como las consideradas por la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991, 2002) y por la Terapia de Incremento Motivacional (Miller et al., 1992) en las que se expresa empatía y aceptación hacia el cliente, sin criticarlo o coaccionarlo, empleando la *escucha reflexiva*, creando o incrementando la conciencia de problema o daño por medio de la *retroalimentación personalizada*, creando ambivalencia en el cliente al desarrollar *discrepancia* entre la conducta de consumo y el logro de metas o valores personales, solucionando la ambivalencia por medio del *manejo de la resistencia*, dirigiendo el cambio por medio del balance decisional, ofreciéndole un *menú de alternativas* de elección, manteniendo los esfuerzos para estabilizar el cambio, incrementando la *autoeficacia*, etc.).

Otra estrategia de incremento motivacional la constituye las *intervenciones breves*, las cuales han sido encontradas como técnicas prácticas y costo-efectivas que pueden ser empleadas como un enfoque inicial con bebedores en riesgo y problema dentro de escenarios de atención primaria a la salud (Babor, Ritson & Hodgson, 1986). Estos estudios, conducidos en más de una docena de naciones diferentes, han ensayado una variedad de estrategias de consejo (incluyendo a la entrevista motivacional) que van de una a varias sesiones. Tanto el enfoque cognitivo-conductual como el enfoque de incremento Motivacional tienen una base de datos muy rica en las intervenciones y terapias breves que han demostrado su efectividad en el tratamiento de los problemas de alcohol en un gran rango de escenarios (CSAT, 1999b).

El término *intervención breve* incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. La definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud es: “estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que las pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad -y en algunos casos, incluso, antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles

problemas-. Esta intervención esta dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa”.

Normalmente, se define a la *intervención breve* como interacción mínima con un médico o profesional de la salud mental que se centra en los riesgos de la salud asociados con el consumo cuya longitud va, de varios minutos, hasta varias sesiones. Las intervenciones breves resultan particularmente efectivas para individuos, tales como los estudiantes universitarios que consumen de manera excesiva, que no presentan dependencia severa al alcohol, pero que no obstante, tienen problemas de alcohol que van, de mínimos a moderados, o que beben de manera dañina o peligrosa (IOM, 1990).

La historia de las intervenciones breves se inició con los estudios pioneros de Orford, Oppenheimer y Edwards (1976a), quienes encontraron que un contacto breve con personal de salud respetable (en este caso un médico) era tan efectivo como el permanecer internado dos semanas dentro de un hospital, recibiendo un programa de tratamiento para el alcoholismo, particularmente para aquellos que presentaban una dependencia menos severa.

Orford y Edwards (1977) reportaron la primera intervención breve en abusadores de alcohol. En este estudio se comparó una sesión de consejo con un programa de tratamiento estándar para el alcohol (i.e., atención individualizada que podía incluir servicios residenciales y de consulta externa y farmacoterapia), no encontrándose diferencias en los resultados entre ambas condiciones.

Estudios subsecuentes (Bien, Miller & Tonigan, 1993; Fremantle et al., 1993; Heather, 1995; Kahan, Wilson & Becker, 1995) han encontrado, típicamente, que las intervenciones breves son más efectivas que el no aplicar ningún tratamiento, y frecuentemente, tan efectivas como los tratamientos más intensivos y con probabilidad de incrementar la efectividad de los tratamientos subsecuentes. La principal conclusión es que, las intervenciones breves, producen una reducción neta en el consumo de alcohol de entre 20% y 30% en los consumidores excesivos que la reciben. Por otro lado, uno de los resúmenes mas recientes de la investigación de resultados de tratamiento de los problemas de alcohol efectuado por Miller et al. (2003), que incluyó 381 ensayos clínicos de 47 modalidades de tratamiento de índole psicosocial y médica, señala que las “intervenciones breves tienen una de las bases más extensas de la literatura y en la actualidad es, por mucho, la más positiva” (p.21).

Quizá el estudio más influyente que se ha realizado a la fecha, dentro del campo del consumo excesivo de alcohol, es el ensayo clínico aleatorizado de la Organización Mundial de la Salud (WHO, *World Health Organization*) en el área del primer nivel de atención a la salud (Babor & Grant, 1992), con el fin evaluar una intervención breve en diez países, con culturas y sistemas de salud diferentes (La meta era determinar si la intervención breve podía demostrar una reducción en los

niveles de consumo de alcohol y en los efectos dañinos en la salud asociados con el consumo excesivo de alcohol). Participaron un total de 1,655 consumidores excesivos. En el diseño, el grupo experimental recibió consejo de 5 minutos en el que se hablaba de la salud y de los efectos negativos que el abuso de bebidas alcohólicas tenía en ella y una evaluación estructurada de 15 minutos. La sesión duraba en total 20 minutos y se hizo un seguimiento a los 6 meses, obteniendo resultados significativos tanto en la reducción del consumo del alcohol como mejoría en la salud.

Al hacerse una evaluación del contenido de las intervenciones breves efectivas se ha observado (Bien et al., 1993; Miller & Sanchez, 1994), que al menos, se encuentran presentes los seis siguientes elementos que pueden recordarse vía su acrónimo FRAMES: Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, and Self-efficacy.

- **Feedback (Retroalimentación).** Información-Retroalimentación sobre el estado actual de salud, riesgos, conducta normativa.
- **Responsability (Responsabilidad).** Énfasis depositado en la responsabilidad del cliente para el cambio.
- **Advice (Consejo).** Consejo sencillo en qué cambiar (p. ej., consumo peligroso), sugerencias para la moderación.
- **Menú (Menú de opciones y de tratamiento).** Provisión de un rango de opciones del cual seleccionar.
- **Empathy (Empatía).** Habilidad para ver la situación desde la perspectiva del cliente, al tiempo que se mantiene un pie fuera de su realidad.
- **Self-efficacy (Autoeficacia).** Creencia del cliente en su habilidad en lograr cambios exitosos.

(3) MÉTODO DE REDUCCIÓN DEL DAÑO. Este método se basa en la consideración de que las conductas adictivas, incluyendo al abuso y la dependencia al alcohol, pueden ubicarse a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas. La meta principal de la reducción del daño consiste en facilitar el tránsito a lo largo de este continuo, desde los efectos más dañinos a los menos dañinos. Aún cuando la abstinencia es considerada como el punto de daño mínimo, se promueve y apoya cualquier movimiento incremental hacia la reducción del daño.

Diane Riley (1994) del Centro Canadiense de Abuso de Drogas define a la reducción del daño de la siguiente manera:

La primera prioridad de la reducción del daño es decrementar las consecuencias negativas del consumo de drogas. En contraste, la política sobre las drogas en Norte América se ha enfocado tradicionalmente en reducir la prevalencia del consumo de drogas. La reducción del daño establece una jerarquía de metas, en la que las más inmediatas y realistas a alcanzar son el consumo libre de riesgos, o en caso de que resulta apropiado, la abstinencia.

Las conductas de ingesta de drogas traen como resultado ya bien sea, efectos que son benéficos (como es el caso de los medicamentos que salvan la vida), neutrales, o dañinos. La asignación de un valor positivo o negativo – un beneficio o un daño- a tales efectos resulta subjetiva y abierta a la controversia, pero un marco de referencia de reducción del daño ofrece al menos un medio pragmático por medio del cual las consecuencias pueden ser evaluadas de manera objetiva. (p. 1).

Programas cognitivo-conductuales motivacionales basados en el Modelo de tratamiento de auto-cambio guiado para bebedores problema.

El modelo de tratamiento de auto-cambio guiado para bebedores problema (GSC; *Guided Self-Change treatment for problem drinkers*, M. B. Sobell & Sobell, 1993a) es una intervención breve cognitivo-conductual motivacional que forma parte de uno más, entre otros tratamientos cognitivo-conductuales breves (CBTs; Bien et al., 1993).

Aún cuando los fundamentos teóricos, metodológicos y aplicados del GSC son similares a las de otros programas cognitivo-conductuales dirigidos al tratamiento de los problemas de abuso de alcohol (p. ej. basarse en la teoría del aprendizaje social), resulta único en diversas maneras, como resultado de basarse en hallazgos de investigaciones propias de los doctores Sobell y sus colegas (Bandura, 1986; Miller, 1983; Pattison, M. B. Sobell & Sobell, 1977; L. C. Sobell, Sobell & Toneatto 1992; M. B. Sobell & Sobell, 1982; 1993a; 1993b), como de otros investigadores (DiClemente & Prochaska, 1982; Marlatt & George, 1984; Orford & Edwards, 1977; Orford et al., 1976a; Sanchez-Craig, Annis, Bornet & MacDonald, 1984).

En primer lugar, explícitamente permite que los consumidores elijan su meta de tratamiento. Segundo, emplea de manera rutinaria el automonitoreo como un procedimiento clínico para la recolección de datos y para otorgar retroalimentación en términos de los cambios en el consumo de alcohol. Tercero, incluye un componente cognitivo de prevención de recaídas para proveer una perspectiva realista sobre la recuperación y el manejo de las violaciones de metas. Cuarto, tiene una estructura flexible (los consumidores pueden solicitar una sesión adicional una vez que las sesiones básicas se han terminado). Quinto, incluye la planeación de un contacto telefónico, un mes después que se otorgó la última sesión de tratamiento. Finalmente, el GSC emplea lecturas breves en los componentes de balance decisional y solución de problemas (M. B. Sobell & Sobell, 2005).

Cabe señalar, que a diferencia de la mayoría de programas cognitivo-conductuales que asumen que los abusadores de alcohol tienen déficits en destrezas, el tratamiento GSC, por el contrario, asume que la mayoría de los bebedores problema ingresa al tratamiento contando con las suficientes destrezas y

recursos para lograr un resultado exitoso, por lo cual, más que enfocarse en el entrenamiento en destrezas, se enfoca en la movilización de aquellas capacidades que permitan lograr el cambio (M. B. Sobell & Sobell, 2005).

Aún cuando el enfoque del GSC ha sido refinado y ampliado a diversas poblaciones y escenarios a lo largo de los años, los siguientes elementos han sido empleados en la mayoría de los estudios que utilizan este enfoque: (a) entrevista motivacional; (b) retroalimentación personalizada; (c) lecturas breves y tareas (p. ej. balance decisonal, solución de problemas); (d) automonitoreo del consumo de alcohol; (e) selección de metas por el consumidor (exceptuando a los consumidores mandatados a tratamiento); y (f) prevención cognitiva de recaídas. (M. B. Sobell & Sobell, 2005).

El primer estudio de GSC evaluó el tratamiento bajo dos condiciones; una en la que se incluyó el componente de prevención cognitiva de recaídas; y otra en la que este componente estuvo ausente. En ambas condiciones se incluyó una sesión de evaluación y dos sesiones de tratamiento de 90 minutos de duración (M. B. Sobell, 1993a; M. B. Sobell, Sobell & Gavin, 1995). En dicho estudio, los bebedores problema fueron asignados de manera aleatoria a una condición de consejo conductual (CC; n = 50) o a una condición de consejo conductual más prevención cognitiva de recaídas (PR; n = 50). Las dos condiciones de tratamiento difirieron en el contenido de las lecturas que se les proporcionaron a ambos grupos; en uno se incluyó el componente de prevención cognitiva de recaídas (PR), mientras que el otro no se incluyó (CC). A todos los participantes se les informó que podían solicitar sesiones adicionales. Los participantes de ambos grupos mejoraron substancial y significativamente del pre-tratamiento al post-tratamiento efectuado a los 12 meses, no observándose diferencias significativas entre ambos grupos. La reducción total durante el post-tratamiento en el consumo de alcohol fue de 34%, en promedio considerando ambas modalidades de intervención, comparado con el año previo al tratamiento. Tal reducción fue similar a la reportada en ese entonces por otras intervenciones breves con bebedores problema (Graber & Miller, 1988; Sánchez-Craig, Neumann, Souzaformigoni & Reick, 1991; Sanchez-Craig, Spivak & Dávila, 1991).

El segundo estudio de GSC evaluó la influencia del apoyo social en la mejoría de los resultados de tratamiento. Los clientes eran bebedores problema que se encontraban casados o cohabitaban y deseaban que sus esposas se involucraran en su tratamiento. Se hipotetizó que las esposas podrían ayudar a sus parejas a enfrentar sus situaciones de alto riesgo y recaídas que pudieran ocurrir. Debido a que 52% de los clientes del primer estudio consideraron que el tratamiento era muy breve (M. B. Sobell, Sobell & Leo, 2000), este se modificó para que incluyera una sesión de evaluación y cuatro sesiones de 1 hora. Se empleó un diseño aleatorizado de dos grupos, a uno se le denominó apoyo social natural (ASN; n = 28) y al otro apoyo social dirigido (ASD; n = 28). Las esposas asistieron a dos sesiones de 1 hora con un terapeuta que no era el terapeuta de su esposo. Las esposas recibieron

lecturas similares a las dadas a los clientes, pero modificadas en el tema de “ayudando al esposo”, en lugar de “ayudándose a uno mismo”. El punto central de las sesiones de las esposas fue que éstas comprendieran el programa de tratamiento de los clientes y tuvieran una perspectiva realista de lo que es la recuperación de los problemas de alcohol.

Para las esposas de la condición ASN, las lecturas eran similares a los de los clientes, excepto de que estaban escritas en tercera persona. Con el fin de evaluar el apoyo social natural, las esposas del grupo ASN no se les proporcionó ninguna instrucción explícita para apoyar los cambios de sus parejas. En la condición de ASD, el objetivo era que la esposa se convirtiera en un agente del cambio. Por lo cual, sus lecturas le sugerían que podría apoyar a su pareja (i.e. el cliente) a identificar las situaciones de consumo de alto riesgo, plantear y llevar a cabo planes para manejar tales situaciones, y manejar las recaídas (i.e., dejar de consumir tan pronto como sea posible, visualizarlo como una experiencia de aprendizaje, en lugar de un fracaso). Estas sugerencias se reforzaron en las sesiones de tratamiento de las esposas.

Los resultados de este estudio fueron similares a los del primer estudio: Los clientes de ambos grupos mostraron decrementos significativos de 36% en el número de copas por ocasión de consumo de alcohol al compararse la línea base con el seguimiento (de 6.4 a 4.1 copas), pero no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

La intervención de GSC y materiales relacionados fueron inicialmente traducidos al español y evaluados en un estudio realizado en la Ciudad de México (Ayala, et al., 1995). Este estudio pretendía replicar el formato individual versus grupal de un ensayo previo controlado del GSC (L. C. Sobell, Sobell, Brown & Cleland, 1995). Sin embargo, la condición grupal no pudo replicarse, debido a que los participantes del sexo masculino (que constituían la mayor parte de los participantes) no estaban dispuestos a discutir sus problemas personales dentro de un formato grupal. Los resultados de los participantes en la condición de tratamiento individual (Ayala et al., 1998) con una muestra de 177 bebedores problema fueron similares a los encontrados en estudios previos: En el seguimiento a los 6 meses de terminado el tratamiento se observó un incremento en el promedio de días al mes en que se mantuvieron abstinentes, el cual pasó de 73% antes del tratamiento a 84%. En tanto que en el seguimiento realizado a los 12 meses se obtuvo un porcentaje promedio de 82% de días de abstinencia al mes. Por otro lado, en cuanto al patrón de consumo de alcohol se observó que en general éste cambió de un “patrón de consumo excesivo” (de 21.8% antes del tratamiento a uno de 6% en el seguimiento de 12 meses) a uno de “patrón de consumo moderado” (de 7.9% antes del tratamiento a 11% al seguimiento de 12 meses), los cuales fueron reportados como estadísticamente significativos. En cuanto al número promedio de copas consumidas por ocasión de consumo se reportó un decremento de 29% (de 9.2 a 6.5 copas).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) solicitó a la Facultad de Psicología de la UNAM el desarrollo de un proyecto nacional para diseminar una versión modificada del tratamiento de GSC (a ser instrumentada por médicos y personal de salud) en centros de atención primaria a la salud, a lo largo de los estados del territorio Mexicano (Lozano-Blanco, Sobell & Velázquez, 2002). Dicho proyecto se encuentra actualmente en operación.

Además, otro estudio evaluó el tratamiento de GSC en escenarios de atención a la salud en Suecia (Andreasson, Hansagi & Oesterlund, 2002). En este estudio, abusadores de alcohol, quienes eran predominantemente bebedores problema, fueron asignados aleatoriamente a una evaluación seguida por cuatro sesiones de tratamiento con el GSC, o a una evaluación seguida por una sesión de retroalimentación/consejo guiado por el mismo enfoque de incremento motivacional y recibieron un manual de auto-ayuda de 24 páginas. Al compararse la condición de pre-tratamiento con el seguimiento efectuado a los 23 meses, se encontraron reducciones de 65% (de 22.7 a 7.9 copas) en el número de copas consumidas a la semana. Los autores advierten que el tamaño de la muestra (4 sesiones $n = 30$, 1 sesión $n = 29$) pudo no tener un poder estadístico adecuado para identificar una diferencia significativa.

El modelo de tratamiento de GSC ha sido adaptado, recientemente, para que funcione a un nivel de intervención comunitario (L. C. Sobell et al., 2002). A bebedores problema que desearan cambiar su consumo se les solicitó, a través de los medios de publicidad, que llamaran a un número telefónico para recibir mayor información de cómo podrían hacerlo. Un total de 2,434 individuos respondieron, de los cuales 1,756 fueron elegibles para participar en el estudio. Se les envió, vía correo, formas de consentimiento informado y de evaluación para ser contestadas de manera similar a las empleadas en el tratamiento de GSC (p. ej., Prueba para la Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol; Cuestionario Breve de Confianza Situacional para evaluar la Autoeficacia; Línea Base Retrospectiva para el Alcohol). Una vez que regresaron sus materiales contestados, vía correo ($N = 825$), fueron aleatoriamente asignados a un programa de incremento motivacional con retroalimentación personalizada (IMRP; $n = 414$) o aun grupo que recibió biblioterapia con lineamientos sobre el consumo de alcohol (BLC; $n = 414$). Los respondientes participantes del grupo MRP recibieron materiales con retroalimentación personalizada relacionados con sus niveles de consumo, situaciones de alto riesgo, y motivación para el cambio. A los participantes respondientes del grupo BLC se les enviaron dos panfletos educativos que se encontraban dentro del dominio público y que contenían información acerca de los efectos del alcohol (p. ej., tolerancia, copas estándar) y sobre lineamientos de condiciones de bajo riesgo para el consumo de alcohol (p. ej., identificación de condiciones de riesgo para el consumo de alcohol, automonitoreos), pero no retroalimentación personalizada.

Nuevamente, aún cuando en ambos grupos no se reportaron diferencias significativas entre las dos intervenciones, ambos programas mostraron reducciones significativas en el consumo de alcohol, al compararse la condición de pre-intervención a la de post-intervención efectuada un año después. El decremento reportado en el número de copas por ocasión de consumo fue de 20% (de 5.9 a 4.7 copas). Estos resultados sugieren que los materiales, independientemente si son o no personalizados, facilitaron la reducción del consumo de alcohol. Un análisis de costo reveló que una intervención breve, vía correo, podría reducir el consumo de alcohol a un muy bajo costo por participante (de \$46 a \$97 dólares). De la misma manera como sucedió en el primer estudio del programa GSC en el que se evaluó el tipo de genero del participante (M. B. Sobell, Sobell & Gavin, 1995), el estudio no encontró diferencias en los resultados en relación con el género.

Finalmente, Quiroga y Montes (2003) tradujeron y adaptaron al español el programa GSC para su aplicación a estudiantes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México quienes presentaban problemas de dependencia moderada al alcohol. Los resultados obtenidos en un estudio piloto con una pequeña muestra de 6 estudiantes universitarios (4 hombres y 2 mujeres) en términos de los patrones de consumo (frecuencia de consumo semanal, número de copas por ocasión de consumo y número de copas consumidas a la semana) y en los problemas relacionados con el consumo por medio del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers, al año de seguimiento (Quiroga & Montes, 2004), resultan promisorios para su aplicación en muestras más grandes de estudiantes universitarios, al obtenerse reducciones en la frecuencia semanal, número de copas por ocasión de consumo y número de copas consumidas a la semana de 25, 60 y 58%, respectivamente. Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo se observó una reducción de 57% medido por medio del IPAR.

Resumiendo, el modelo de tratamiento GSC se ha evaluado en una variedad de escenarios (p. ej., programas para clientes con problemas de alcohol en consulta externa, centros de atención primaria, y recientemente escenarios universitarios), con una variedad de poblaciones (p. ej., adultos, adolescentes, hispano-hablantes, hombres, mujeres, abusadores de alcohol, abusadores de otras drogas y recientemente estudiantes universitarios) y en formatos individuales y grupales. Un resumen de los principales hallazgos de los estudios con problemas de alcohol obtenidos por el modelo de tratamiento GSC, con un seguimiento mínimo de un año revela que, de manera consistente, ha producido ganancias sustanciales y significativas en el curso del tratamiento, las cuales se han mantenido durante el seguimiento.

3.1.4.1.5. MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUALES MOTIVACIONALES DE ATENCIÓN ESCALONADA. Los últimos 15 años han proporcionado una base de investigación de la efectividad de los programas de tratamiento cognitivo-conductual y de los programas de Incremento motivacional en el abordaje de los problemas de alcohol (Allen & Kadden, 1995; Annis et al., 1996; Finney & Monahan, 1996; Hester & Miller, 2003;

Irving et al., 1999; Longabaugh et al., 1991; Marlatt et al., 1998; Mattson & Allen, 1991; Mattson et al., 1994; Miller et al., 1995; Miller & Willbourne, 2002; Quiroga et al., 2005; M. B. Sobell & Sobell, 1993a; M. B. Sobell et al., 1995). Sin embargo, debido a la heterogeneidad de los consumidores, no existe uno solo que resulte igualmente efectivo para todo el espectro de sub-grupos con problemas de alcohol (IOM, 1990), lo que ha dado lugar a que la *metodología de igualdad cliente-tratamiento* (CTM; *Client Treatment Matching*), definida por Glaser and Skinner (1981) como el “intento deliberado y consistente por seleccionar un candidato específico para un método específico de intervención con el fin de alcanzar metas específicas” (p. 302), sea vista como una metodología de investigación, particularmente relevante, para el desarrollo de servicios clínicos más efectivos, ante el problema de qué tratamiento aplicar con un cliente en particular en un momento dado. Y es en este sentido, que una estrategia de igualdad cliente-tratamiento específica propuesta, entre otros, por investigadores de dichas modalidades, a fin de lograr un tratamiento efectivo que cubra a un mayor rango de consumidores, es la basada en *enfoques de atención escalonada* (SCA; *Stepped-Care Approaches*), en la que se ‘escalonan’ tratamientos específicos, de menor a mayor intensidad, con base en la noción de que los clientes deberían ser asignados, inicialmente, al nivel de atención menos intensivo e intrusivo para sus vidas, pero que sin embargo, tenga una oportunidad razonable de resultar efectivo, y después, ‘escalonarlos’ a tratamientos más intensivos, en caso de que no respondan adecuadamente (Véase a IOM, 1990; y a M. B. Sobell & Sobell, 1993b).

El término *atención escalonada* se refiere a la manera en que diferentes decisiones de intervención son secuenciadas y a los lineamientos empleados en la toma de decisiones (M. B. Sobell & Sobell, 1999). El principio subyacente consiste en emplear la intervención menos intensiva que tenga una oportunidad razonable de tener éxito con base en evidencia empírica sólida, o al menos consistente con los actuales estándares de la práctica clínica (M. B. Sobell & Sobell). Este enfoque, adaptado a los problemas de alcohol, consiste en la aplicación de un conjunto de reglas de decisión o lineamientos para la toma de decisiones que lleven a proporcionar un tratamiento eficiente y clínicamente apropiado a dichos problemas.

De acuerdo con M. B. Sobell y Sobell (1999, 2000), los servicios terapéuticos basados en el enfoque de atención escalonada se encuentran, a su vez, basados en los siguientes tres principios fundamentales derivados de la atención a la salud:

1. El tratamiento debe ser individualizado, no sólo en relación con el presente problema sino también en relación con otros factores, tales como las creencias y recursos del cliente y recursos terapéuticos disponibles.
2. El tratamiento seleccionado debe ser consistente con la literatura de investigación contemporánea. Se reconoce que la investigación se encuentra más adelantada en algunas áreas que en otras, pero independientemente del nivel de

conocimiento que posea, el clínico debe estar familiarizado con y el empleo de la información del estado del arte.

3. El tratamiento recomendado debe ser el menos restrictivo, pero con probabilidades de que funcione. El concepto de restrictividad que aquí se emplea se refiere no sólo a los efectos físicos del tratamiento sobre el cliente, sino también, a las restricciones sobre el estilo de vida y recursos del cliente (p. ej., el costo total del tratamiento para el cliente, tanto a nivel personal como financiero). Un resultado de adherirse a este lineamiento es que los tratamientos más intensivos se reservan para los problemas más extremos.

De esta manera, la información concerniente a las igualaciones más apropiadas para diversos tipos de clientes se desarrolla de manera empírica, con base en la experiencia clínica acumulada, como es el caso del método de atención escalonada propuesto por M. B. Sobell y Sobell (1993b, 1995, 1999, 2000) en el cual se sugiere escalar gradualmente, de menor a mayor intensidad, tratamientos específicos que han demostrado mayor efectividad para ciertos sub-grupos de individuos con problemas de alcohol. A la fecha, se han evaluado muy pocos modelos cognitivo-conductuales motivacionales de atención escalonada para la atención de problemas de alcohol (Véase a Breslin et al., 1997, 1999; Quiroga et al., 2005).

Breslin, et al. (1999) evaluaron un modelo de atención escalonada para bebedores problema basado en un tratamiento cognitivo-conductual motivacional de 4 sesiones. 69 clientes que aún se encontraban consumiendo alcohol de manera excesiva durante el tratamiento, fueron aleatoriamente asignados para recibir ($n = 33$) o no recibir ($n = 36$) una sesión de intervención suplemental (escalonada). La intervención escalonada consistió de una sesión estructurada adicional en la que los participantes: (a) recibieron una tarjeta de recordatorio personal que contenía información motivacional significativa personalizada, y (b) revisaron el ejercicio de balance desicional de la primera sesión, con el fin de identificar obstáculos para el cambio. La intervención adicional escalonada no proporcionó beneficio adicional, aún cuando los dos grupos mostraron reducciones significativas y sustanciales en el consumo de alcohol. Es posible que una intervención escalonada consistente en una sola sesión adicional, altamente similar a la sesión previa, fue tan débil como para afectar los resultados, o que con una muestra mayor se podría encontrar alguna diferencia.

En cuanto a México se refiere, Quiroga et al. (2005) informan de los resultados obtenidos con la aplicación de un modelo de tratamiento cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada de amplio espectro para estudiantes y trabajadores universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas, el cual considera componentes de autocontrol, relajación, entrenamiento en habilidades sociales y sensibilización encubierta asistida, los cuales se aplicaron a los usuarios con base a los siguientes criterios de igualación: (a) análisis y

diagnóstico conductual sobre la ingesta problema; (b) metas de tratamiento; (c) preferencias de los participantes; (d) alcances y restricciones de cada técnica en relación con los recursos de cada usuario; y (e) grado de severidad del problema en términos de los patrones de consumo y daños orgánicos. La sub-muestra de estudiantes con problemas de alcohol estuvo comprendida por 276 participantes que se caracterizaron por presentar dependencia Leve (67.3%) Media (26.5%) y Severa (6.2%) al alcohol y problemas relacionados en las áreas familiar (73%), escolar (45%), laboral (53%), sociales (72%) y de salud (72%), asistiendo a tratamiento durante los años comprendidos en el periodo 1992-2002. Los resultados señalan una efectividad de 77% de participantes que lograron reducir y/o eliminar el consumo de alcohol con base en las metas de abstinencia (55.6%) o moderación (44.6%) establecidas. En lo que respecta a los problemas relacionados con el consumo se observó, que después del tratamiento, hubo reducción significativa en el porcentaje de participantes que reportaron problemas: familiares (12%); escolares (8%); laborales (14%); Sociales 2%); y de salud (50%). Cabe señalar que aún cuando se empleó un diseño de Base Conductual Multivariable Multicondicional, no se contó con un grupo control o de comparación.

El IOM (IOM, 1990) ha recomendado el empleo del enfoque de atención escalonada en el tratamiento de los problemas de alcohol, de tal suerte que durante la fase inicial se provean esfuerzos terapéuticos mínimos, y posteriormente, vayan aumentando en intensidad, sólo si los esfuerzos iniciales probaran no ser exitosos. Esto, además, es consistente con otra recomendación de dicho Instituto, que sugiere ampliar la base del tratamiento a fin de que se incluya en los esfuerzos de atención a personas que no sólo presenten problemas de alcohol, sino también, a aquellas que se encuentran en riesgo de presentarlos.

Como puede observarse, los lineamientos de la atención escalonada son similares a los que se aplican para el otorgamiento de la atención de otros problemas sociales y de salud. Esto es, se considera la historia del individuo y los síntomas presentes, su situación de vivienda actual, recursos y actitudes, se cuida que la intervención tenga una probabilidad razonable de tener un resultado positivo con base en la literatura de investigación y en los estándares contemporáneos del cuidado de la salud y es, precisamente aquí, donde el concepto de igualación cliente-tratamiento resulta importante, ya que se reservan los tratamientos más intensivos para los problemas más extremos, igualándose la intensidad de la intervención con la severidad y cronicidad del problema de alcohol.

3.1.4.1.6. EL MÉTODO DE IGUALACIÓN CLIENTE-TRATAMIENTO. En el tratamiento de los problemas de alcohol, el método de igualación cliente-tratamiento (CTM) ha recibido, en los últimos 15 años, atención y apoyo especial por parte de diversas instituciones de gran prestigio dentro del campo del tratamiento de los problemas de alcohol (p. ej., el IOM; el NIAAA), así como de múltiples investigadores, como resultado de la evidencia acumulada en su favor durante las décadas de 1970 y 1980 (Allen & Kadden, 1995; Mattson & Allen, 1991; Mattson et al., 1994). Así, por

ejemplo, Mattson et al. Identificaron 31 estudios que proporcionaron apoyo empírico a la igualación cliente-tratamiento para el tratamiento del alcoholismo y uno de los tratamientos más estudiados que sugirieron efectos de igualación con algún grado de confianza fueron los enfoques cognitivo-conductuales.

Al respecto, se han estudiado diversas combinaciones de enfoques cognitivo-conductuales de entrenamiento en destrezas dentro de la investigación cliente-tratamiento. Así, por ejemplo, diversos entrenamientos de destrezas de afrontamiento altamente estructurados, tal como el descrito en el enfoque manualizado de Monti et al. (1989), han resultado más benéficos para alcohólicos con alta severidad (Tipo B) (Litt et al., 1992) y para aquellos que presentan mayores grados de severidad psiquiátrica y sociopatía (Cooney et al., 1991; Kadden et al., 1989; Longabaugh, et al., 1994). En tanto que para el Proyecto MATCH (Igualación de los Tratamientos del Alcoholismo a la Heterogeneidad de los Clientes, Allen et al., 1997; Randall et al., 2003), la más grande y costosa investigación de igualación cliente-tratamiento jamás conducida dentro del campo de la dependencia al alcohol, financiada por el NIAAA a lo largo de la década 1989-1998, resultó más benéfico para los alcohólicos con menos severidad de dependencia al alcohol con base a un enfoque manualizado de entrenamiento en destrezas de afrontamiento.

Algunas variables estudiadas que han afectado los resultados en el tratamiento de problemas de alcohol son: la severidad del problema de alcohol, los problemas relacionados con el consumo, *problemas de patología y de amplio espectro*, metas de tratamiento, *deterioro neuropsicológico*, e *historia familiar de problemas de alcohol*.

3.1.4.1.6.1. SEVERIDAD DEL PROBLEMA DE ALCOHOL. Un importante factor individual es la severidad de la dependencia al alcohol (Langenbucher, Sulesund, Chung & Morganstern, 1996). La severidad de la dependencia al alcohol constituye un predictor diferencial de resultados de tratamiento. Un hallazgo muy consistente es que los individuos con problemas de alcohol menos severos tienen mayor probabilidad de tener éxito con la meta de consumo controlado, en tanto que los individuos con problemas más severos muestran mejor pronóstico con la meta de abstinencia (Hester, 2003; Miller & Baca, 1983; Miller & Hester, 1980; Miller & Joyce, 1979; Orford et al., 1976a; Smart, 1978).

En un estudio comparativo de tratamiento intensivo versus tratamiento mínimo, Orford et al. (1976a) reportaron que entre los alcohólicos gamma (severos), todos los casos exitosos habían recibido un tratamiento intensivo, mientras que el 80% de los que no habían tenido éxito habían recibido un tratamiento mínimo – patrón que era precisamente lo inverso para los alcohólicos menos severos.

De manera similar, McLellan et al. (1983) encontraron que los casos igualados (severidad del problema con intensidad del tratamiento) mostraron resultados substancialmente mejores que los casos no igualados (p. ej., problemas severos en

programas de consulta externa menos intensivos). Estos dos últimos estudios sugieren que los tratamientos intensivos pueden ser diferencialmente benéficos para los problemas de alcohol con niveles más severos de dependencia y a la recomendación de que las metas de tratamiento se negocien en relación con el problema de la severidad (Miller, 1983; Miller & Caddy, 1977).

Más recientemente, han aparecido publicaciones basadas en el Proyecto MATCH, que incluyen un reporte de resultados de consumo de alcohol a lo largo de 3 años (Project MATCH Research Group, 1998), un artículo que proporciona un análisis de las hipótesis secundarias generadas por el proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1997b) y un libro que resume los resultados finales del Proyecto MATCH (Babor & Del Boca, 2003). Resumiendo, los resultados obtenidos con respecto al nivel de dependencia al alcohol, señalan que los clientes con bajos niveles de dependencia del alcohol tuvieron mejores resultados con la terapia cognitivo conductual de entrenamiento en destrezas (Randall et al., 2003). Otro estudio que ha encontrado efectos diferenciales sobre los resultados de tratamiento de problemas de alcohol es el de Carpenter y Hasin (2001).

3.1.4.1.6.2. PROBLEMAS QUE SUBYACEN AL CONSUMO. Los problemas que subyacen al consumo (más allá del problema de alcohol mismo) pueden indicar la necesidad de tipos específicos de tratamiento. La medicación psicotrópica puede ser apropiada para el tratamiento del síndrome psiquiátrico que persiste en la sobriedad. Las intervenciones de amplio espectro dirigidas al tratamiento de los problemas que subyacen al abuso de alcohol tienen más probabilidad de ser efectivas con los individuos que muestran evidencia de tales problemas (Rosenberg, 1979). El entrenamiento en destrezas sociales y de búsqueda de empleo es más apropiado para los clientes que son deficientes en esas destrezas (Azrin et al., 1982). Por lo cual se sugiere igualar el tratamiento, añadiendo tales componentes de amplio espectro con aquellos dependientes del alcohol que presentan problemas subyacentes al consumo.

3.1.4.1.6.3. PROBLEMAS DE PATOLOGÍA Y DE AMPLIO ESPECTRO. Los terapeutas han observado que el tratamiento que se centra exclusivamente en el consumo de alcohol puede ser menos efectivo con aquellos clientes que presentan patología y otros problemas más amplios (Ferrel & Galassi, 1981; McLellan et al., 1983; Miller et al., 1980; Miller et al., 1981; Orford, Oppenheimer, Egert, Hensman & Guthrie, 1976b). La implicación que podría ser denominada "*hipótesis de igualación de amplio espectro*" (Miller & Hester, 1986b) considera que los clientes con problemas más amplios se podrían beneficiar diferencialmente de los tratamientos de amplio espectro que abordan no solamente el consumo de alcohol, sino también, otras áreas de problemas específicos.

Existe apoyo para la hipótesis de igualación de amplio espectro en aquellos estudios que señalan una efectividad diferencial del entrenamiento en relajación en alcohólicos ansiosos (Rosenberg, 1979) y del enfoque de reforzamiento comunitario

para alcohólicos solteros (Azrin et al., 1982). Otras investigaciones han reportado respuesta favorable en alcohólicos deprimidos con el litio (Merry, Reynolds, Bailey & Coppen, 1976), de alcohólicos no asertivos con el entrenamiento en asertividad (Ferrel & Galassi, 1981), en alcohólicos carentes de destrezas sociales con el entrenamiento en destrezas sociales (Adinolfi, McCourt & Georghagan, 1976), en alcohólicos con trastorno antisocial de la personalidad con el programa cognitivo conductual (Randall et al., 2003). Por el contrario, el añadir tales componentes de amplio espectro al tratamiento rutinario para todos los alcohólicos pudiera no tener impacto o tener un efecto deteriorante sobre el resultado general (Miller et al., 1980).

3.1.4.1.6.4. METAS DE TRATAMIENTO. Cierta evidencia de estudios de tratamiento provee de un claro lineamiento para ayudar a los clientes a que escojan entre las metas de abstinencia y moderación. Con una consistencia marcada, estos estudios han encontrado una relación entre la severidad de los problemas de alcohol y resultados de abstinencia versus moderación. Aquellos clientes que han tenido éxito en mantener la moderación por largos periodos, tienden a ser los que tenían antes del tratamiento problemas de alcohol menos severos, en tanto que aquellos que tenían problemas de alcohol severos era muy poco probable que alcanzaran una moderación estable y funcionaron mejor con metas de abstinencia total (Armor, Polich & Stambul, 1978; Edwards, 1983; Finney & Moos, 1981; Longabaugh, datos no publicados, 2003; Miller & Baca, 1983; Miller & Joyce, 1979; Miller, Leckman, Tinkom & Rubenstein, 1986; Orford et al., 1976a; Polich et al., 1981; Smart, 1978; Vogler, Clompton & Weissbach, 1975; Vogler, Wesissbach, Compton & Martin, 1977). También existe evidencia de que los resultados de moderación son más probables entre mujeres (Sanchez-Craig, Leigh, Spivak & Lei, 1989; Sanchez-Craig, Spivak & Davila, 1991) y entre aquellos que presentan menos historia familiar de alcoholismo (Miller & Hester, 1986b).

3.1.4.1.6.5. DETERIORO NEUROPSICOLÓGICO. Las poblaciones con problemas de alcohol muestran patrones consistentes de deterioro neuropsicológico, y el grado de tal déficit puede ser predictor de respuesta diferencial a las alternativas de tratamiento (Miller & Saucedo, 1983). De manera particular, esta variable parece estar relacionada con la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales.

O'Leary, Donovan, Chaney y Walker (1979) encontraron que clientes con deterioro neuropsicológico más severo tuvieron resultados generales de tratamiento más pobres. Cooney et al. (1991) y Kadden et al. (1989) encontraron que clientes con mayor deterioro cognitivo tuvieron resultados más pobres en el consumo de alcohol cuando fueron tratados con terapias cognitivo-conductuales, en comparación con una terapia de grupo orientada a proceso. Los clientes con menos deterioro funcionaron mejor con la terapia cognitivo-conductual. De esta manera, aún cuando el deterioro neuropsicológico no siempre ha sido un impedimento para el tratamiento con la terapia cognitivo-conductual y motivacional (Project MATCH Research Group, 1997b). Un análisis de los datos de 3 años de seguimiento del Proyecto MATCH indican que los clientes con deterioro cognitivo funcionan más pobremente que los

clientes con deterioro cognitivo que reciben terapia de apoyo (Longabaugh, datos no publicados, 2003).

3.1.4.1.6.6. HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL. Un elemento importante en la predicción de la conducta, es lo que el individuo trae a la situación como resultado de factores genético-biológicos y procesos de aprendizaje social como es el caso de la *historia familiar de problemas de alcohol*, la cual ha demostrado impacto dentro del ámbito del consumo excesivo y dependiente al alcohol, ya que se le ha asociado de una manera consistente con resultados pobres de tratamiento (Babor et al., 1992b; Carpenter & Hasin, 2001; Driessen et al., 1998). Así, por ejemplo, parece existir una responsividad diferencial al alcohol entre los individuos con o sin historia familiar de alcoholismo (Schuckit, 1994); esto es, los hijos de padres alcohólicos y posiblemente las hijas (Schuckit et al., 2000), tienden a manifestar respuestas menos intensas a cantidades de alcohol que van de bajas a moderadas, con respecto a su reactividad fisiológica, función psicomotora y experiencias subjetivas de intoxicación. Esta respuesta disminuida al alcohol se correlaciona con el diagnóstico de consumo severo de alcohol y es predictora de prácticas de ingesta y del subsecuente desarrollo de dependencia al alcohol (Mundt et al., 1997; Schuckit, 1994, 1998).

Miller y Joyce (1979) encontraron que la historia paterna de dependencia al alcohol se asoció exitosamente con el empleo de la abstinencia como meta terapéutica, mientras que la ausencia de dicha historia paterna se asoció, exitosamente, con el empleo del consumo controlado como meta terapéutica. Aún cuando cabe señalar que no se ha observado un efecto diferencial en el número de padres consumidores excesivos ó alcohólicos sobre los resultados del tratamiento (McKenna & Pickens, 1981). Más recientemente, Yoshino y Kato (1998) encontraron cierto valor predictivo de esta variable para los resultados de tratamiento de los problemas de alcohol.

Por otro lado, diversas investigaciones han señalado que existen diferentes subtipos de alcohólicos que tienen más o menos hereditabilidad genética y manifestación de ciertos componentes conductuales predisponentes que pueden caracterizarse en términos de severidad general de los problemas y en factores de riesgo multidimensional para el desarrollo de una adicción. La mayoría de las tipologías, empíricamente derivadas, se han basado en una combinación de historia familiar, edad de inicio del consumo, dependencia, personalidad o factores de temperamento, tales como la impulsividad, toma de riesgos y conducta desadaptada (Babor et al., 1992b; Cloninger et al., 1996; Epstein et al., 2002; Mulder, 2002). Así, por ejemplo, aquellos individuos que tienen una historia familiar de problemas de alcohol y que caen en las categorías Tipo B de Babor (Babor et al., 1992b) y Tipo II de Cloninger (Cloninger et al., 1996) se caracterizan por un alto nivel de hereditabilidad genética y vulnerabilidad premorbida. Es más probable que sean hombres, reportan un mayor consumo de alcohol; presentan un inicio más temprano en el consumo de alcohol, problemas y dependencia (normalmente antes de los 25

años de edad); y tienen más problemas de conducta antisocial, dependencia más severa al alcohol y más altas prevalencias comorbidas de depresión y psicopatología. Son quienes tienen mayor preponderancia de presentar desviaciones metabólicas, fisiológicas, electrofisiológicas y neurobiológicas, factores que de manera consistente contribuyen a la predisposición hacia el alcoholismo. Estas tipologías no sólo se caracterizan por presentar una dependencia más severa al alcohol y resultados más pobres de tratamiento, sino que también, parecen estar asociadas con diferencias en conductas y destrezas de afrontamiento (Chung et al., 2001).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN

En México, al igual que en otros países, la entrada a la universidad marca, en general, un momento de cambio significativo en la vida de los estudiantes universitarios y, de manera particular, de aquellos que dejan sus hogares familiares para trasladarse a dormitorios intrauniversitarios, a las denominadas “casas del estudiante” o que viven en departamentos con otros compañeros, o solos. Para muchos de estos estudiantes, la universidad es un lugar en donde se inicia o se incrementa la frecuencia e intensidad del consumo de alcohol. Subsecuentemente a este incremento e intensidad en el consumo, un número sustancial de estudiantes universitarios desarrollan problemas relacionados con el consumo de alcohol, y aún cuando se ha señalado, que en el caso de la mayoría de los estudiantes norteamericanos disminuye dicho consumo, una vez que se gradúan (Gotham et al., 1997; Baer et al., 1998), muchos estudiantes universitarios continúan consumiendo excesivamente y dañinamente en la edad adulta (Marlatt & Witkiewitz, 2002) de manera muy similar a lo que sucede en México, ya que suele incrementarse más el consumo durante los últimos años de la carrera (EMA, 2005).

Al igual que en la población en general, se han detectado problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo en poblaciones de estudiantes universitarios mexicanos a nivel licenciatura, tanto de universidades públicas como privadas, lo cual ha sido documentado dentro de la literatura de investigación epidemiológica (EMA, 2005; Mora-Ríos & Natera, 2001; Quiroga et al., 2003c) y que, a juzgar por los resultados encontrados, constituye una causa severa de preocupación debido a que, alrededor de un tercio de los estudiantes, consume alcohol de una manera excesiva, definida tradicionalmente por la mayoría de encuestas y estudios diagnósticos situacionales, como cinco o más copas por ocasión en el hombre y cuatro o más copas por ocasión en la mujer, al menos una vez en las dos semanas previas a la encuesta (Johnston et al., 2005) encontrándose, además, problemas relacionados al consumo en 26% de los encuestados, principalmente los hombres (17.9%) en comparación con 8.2% de las mujeres, destacándose los problemas de relaciones interpersonales, con la policía y con la salud física, seguidos por los accidentes (Mora-Ríos & Natera, 2001).

De entre las modalidades de atención existentes para el abordaje de los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo, destacan las intervenciones y tratamientos breves de corte cognitivo-conductual y de incremento motivacional, que en los últimos 15 años, han venido acumulando una base sólida de investigación empírica sobre sus eficacias (Allen & Kadden, 1995; Annis et al., 1996; Bien et al., 1993; McCrady, 2000; Finney & Monahan, 1996; Hester, 2003; IOM, 1994; Irving et al., 1999; Marlatt et al., 1998; Mattson et al., 1994; Miller et al., 1995; Miller & Willbourne, 2002; M. B. Sobell & Sobell, 1993a; M. B. Sobell et al., 1995; Zweben & Fleming, 1999).

Sin embargo, debido a la heterogeneidad de los consumidores, no existe una sola que resulte igualmente efectiva para todo el espectro de sub-grupos con problemas de alcohol (IOM, 1990), lo que ha dado lugar a que la metodología de *igualación cliente-tratamiento* (CTM, *Client-Treatment Matching*), definida por Glaser and Skinner (1981) como el “intento deliberado y consistente por seleccionar un candidato específico para un método específico de intervención con el fin de alcanzar metas específicas” (p. 302), sea vista como una metodología de investigación particularmente relevante para el desarrollo de servicios clínicos más efectivos, ante el problema de qué tratamiento aplicar con un cliente en particular en un momento dado. Y es en este sentido, que una estrategia de igualación cliente-tratamiento específica propuesta, entre otros, por investigadores de dichas modalidades a fin de lograr un tratamiento efectivo que cubra a un mayor rango de consumidores, es la de los *enfoques de atención escalonada* (SCA; *Stepped-Care Approaches*), en la que se ‘escalonan’ tratamientos específicos, de menor a mayor intensidad, con base en la noción de que los clientes deberían ser asignados, inicialmente, al nivel de atención menos intensivo e intrusivo, pero que sin embargo, tenga una oportunidad razonable de resultar efectivo, y después, ‘escalonarlos’ a tratamientos más intensivos, en caso de que no respondan adecuadamente (IOM, 1990; M. B. Sobell & Sobell, 1993b).

A la fecha, este enfoque no ha sido evaluado de manera suficiente, aún cuando existen algunos modelos cognitivo-conductuales motivacionales de atención escalonada para el abordaje de los problemas de alcohol y de otras drogas (Breslin et al., 1997, 1999; Quiroga et al., 2005; M. B. Sobell & Sobell, 1993b, 1995, 1999, 2000). Sin embargo, a mi juicio, dichos modelos presentan en mayor o menor grado ciertas limitaciones debido a que, en la estrategia de igualación cliente-tratamiento guiada por la “*atención escalonada*” suele igualarse, básicamente, la intensidad de la intervención con la severidad del problema de alcohol del cliente, apoyándose por lo general, en el juicio clínico del terapeuta y en el estado actual de conocimientos sobre las técnicas de tratamiento más efectivas con evidencia de investigación empírica, dejando en un segundo plano, otras variables investigadas por otras estrategias de igualación cliente-tratamiento, tales como las guiadas por “*hipótesis derivadas teóricamente*” con evidencia de investigación empírica acumulada de efectos diferenciales sobre los resultados de tratamiento (p. ej., problemas relacionados con el consumo, metas de tratamiento, historia familiar de problemas de alcohol, deterioro neuropsicológico), por lo que dichos modelos no suelen usar, cabalmente, las diferentes estrategias de igualación derivadas de esta metodología de investigación, que a mi juicio, deberían participar de manera central en la selección de los clientes y en la regulación del proceso de igualación del tratamiento.

Por otro lado, el procedimiento de escalonamiento de los tratamientos específicos seguido por la mayoría de dichos modelos, suele procederse en un sentido ascendente (de menor a mayor intensidad), lo cual queda ejemplificado por el siguiente señalamiento de Brownell y Wadden (1991): la atención escalonada “inicia con el programa menos intensivo, intrusivo y costoso y reserva el enfoque más intensivo, costoso y riesgoso para aquellos que fracasan en los niveles menos

intensivos“ (p. 162). En lugar de ubicar inicialmente al cliente en el nivel de intensidad, que con base a una evaluación diagnóstica-prescriptiva que considere las diferentes estrategias de igualación cliente-tratamiento, resulte procedente, y que de no resultar efectiva, exista la posibilidad de que el escalonamiento se pueda aplicar, también, de manera descendente (de mayor a menor intensidad).

Otra metodología de igualación cliente-tratamiento que durante los últimos 15 años ha recibido atención y apoyo especial por parte de diversas instituciones de gran prestigio dentro del campo del tratamiento de los problemas de alcohol (p. ej., IOM, NIAAA), así como de múltiples investigadores, como resultado de la evidencia acumulada en su favor durante las décadas de 1970 y 1980 (Allen & Kadden, 1995; Mattson & Allen, 1991; Mattson et al., 1994), en el tratamiento de los problemas de alcohol, es la guiada por “*hipótesis derivadas teóricamente*”. Así, por ejemplo, Mattson et al. Identificaron 31 estudios que proporcionaron apoyo empírico para esta estrategia de igualación cliente-tratamiento para el abordaje del alcoholismo y uno de los tratamientos más estudiados que sugirieron efectos de igualación con algún grado de confianza fueron los enfoques cognitivo-conductuales.

Al respecto, se han estudiado diversas combinaciones de enfoques cognitivo-conductuales de entrenamiento en destrezas por medio de esta estrategia de igualación cliente-tratamiento. Así, por ejemplo, diversos entrenamientos de destrezas de afrontamiento altamente estructurados, tal como el descrito en el enfoque manualizado de Monti et al. (1989), han resultado más benéficos para alcohólicos con alta severidad (Tipo B) (Litt et al., 1992) y para aquellos que presentan mayores grados de severidad psiquiátrica y sociopatía (Cooney et al. 1991; Kadden et al., 1989; Longabaugh et al., 1994). En tanto que para el Proyecto MATCH (MATCH; Matching Alcoholism Treatment to Client Hetrogeneity, Allen et al., 1997; Babor & Del Boca, 2003; Randall et al., 2003), la más grande y costosa investigación de igualación cliente-tratamiento jamás conducida dentro del campo de la dependencia al alcohol, financiada por el NIAAA a lo largo de la década 1989-1998, resultó más benéfico para los alcohólicos con menor severidad de dependencia al alcohol con base a un enfoque manualizado de entrenamiento en destrezas de afrontamiento.

El proyecto Match fue un ensayo clínico aleatorizado multicentro que comparó la efectividad de tres diferentes tratamientos administrados con base en manuales: 1. un programa basado en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos; 2. un programa cognitivo-conductual de entrenamiento en destrezas de enfrentamiento; y 3. un programa de incremento motivacional. Como se sabe, el principal resultado del proyecto MATCH fue que los enfoques evaluados no difirieron, significativamente, en la efectividad del tratamiento (Allen et al., 1997). Sin embargo, los enfoques difirieron en términos de los requerimientos de recursos y en qué tanto invadieron las vidas de los participantes. El tratamiento de incremento motivacional consistió de 4 sesiones, en tanto que los otros dos tratamientos consistieron de 12 sesiones cada uno. Aun cuando no hubo evidencia de que un tratamiento fuera más preferido que otro, desde un punto de vista de salud pública las diferencias entre los tratamientos fueron

grandes en términos de la reducción potencial de costos de la atención médica (Holder, Cisler, Longabaugh, Stout, Treno & Zweben, 2000) y la preferencia de un tratamiento más costoso sobre uno menos costoso, debe ser porque el más costoso produzca mejores resultados, y ese no fue el caso. Por otro lado, para un tratamiento menos costoso, es suficiente que produzca resultados similares a los de un tratamiento más costoso, ya que más casos pueden ser tratados con los mismos fondos empleando el tratamiento menos caro.

De las 21 hipótesis de igualdad evaluadas en el Proyecto MATCH, cuatro características de los clientes arrojaron diferencias estadísticamente significativas: severidad psiquiátrica (número de síntomas psicológicos), enojo, apoyo social para el consumo (pacientes de consulta externa), y dependencia al alcohol (pacientes en recuperación). Cabe señalar, sin embargo, que el tamaño de los efectos fue modesto.

Concretamente, la Terapia de Incremento Motivacional fue más efectiva que la Terapia de Facilitación de Doce Pasos y que la Cognitivo-Conductual de Entrenamiento en Destrezas para los clientes con mayor enojo. La Terapia Cognitivo-Conductual de Entrenamiento en Destrezas fue más efectiva que la de Facilitación de Doce Pasos para los clientes en recuperación con dependencia baja y la Terapia de Facilitación de Doce Pasos fue más efectiva que las otras dos terapias con los clientes de consulta externa sin patología adicional, con alto apoyo social para el consumo de alcohol y con los clientes en recuperación con altos niveles de dependencia (Miller & Longabaugh, 2003; Taylor & Francis, 1998).

En consecuencia, a pesar de que hace casi treinta años Cronkite y Moos (1978) encontraron que una proporción significativa de la varianza explicada en el resultado del tratamiento se debe a la interacción de las variables cliente y tratamiento, dando apoyo a la importancia de igualar características del cliente y del programa, la investigación dirigida a determinar las características de los clientes que producen una diferencia de respuesta en el tratamiento con el empleo de las terapias cognitivo-conductuales no ha sido decisiva (Gulliver et al., 2005; Monti et al., 2002), lo que resulta necesario determinar, ya que dichas características deberían proporcionar la base fundamental para la selección de los tratamientos específicos a emplear.

Una revisión de la literatura sobre aquellas variables de igualdad, que a la luz de los resultados y a juicio de reconocidas figuras en el campo de la igualdad resultan altamente prometedoras de una validación empírica ulterior, dado que se han encontrado efectos diferenciales sobre los resultados de tratamiento de problemas de alcohol son: *la severidad de la dependencia del alcohol* (Carpenter & Hasin, 2001; McLellan et al., 1983; Miller, 1983; Miller & Baca, 1983; Miller & Caddy, 1977; Miller & Hester, 1980; Miller & Joyce, 1979; Orford et al., 1976a; Project MATCH Research Group, 1997b, 1998; Randall, et al., 2003; Smart, 1978), *la historia familiar de problemas de alcohol* (Babor et al., 1992b; Carpenter & Hasin, 2001; Driessen et al., 1998; McKenna & Pickens, 1981; Miller & Joyce, 1979; Mundt,

et al., 1997; Schuckit, 1994, 1998; Yoshino & Kato, 1998), los *problemas relacionados con el consumo* de alcohol (Azrin et al., 1982; Rosenberg, 1979); los *problemas de psicopatología y de amplio espectro* (Adinolfi et al., 1976; Ferrel & Galassi, 1981; McLellan, et al., 1983; Ferry et al., 1976; Miller & Hester, 1986b; Miller et al., 1981; Miller et al., 1980; Oxford et al., 1976b; Rosenberg, 1979), el *deterioro neuropsicológico* (Cooney et al., 1991; Kadden et al., 1989; O'Leary, Donovan, Chaney & Walker, 1979; Project MATCH Research Group, 1997b) y las *metas de tratamiento* (Armor et al., 1978; Edwards et al., 1983; Finney & Moos, 1981; Longabaugh, datos no publicados, 2003; Miller & Baca, 1983; Miller & Joyce, 1979; Miller et al., 1986; Orford, et al., 1976a; Polich et al., 1981; Smart, 1978; Vogler et al., 1975; Vogler et al., 1977).

Sin embargo, los efectos previos de igualación de estas variables no han sido replicados a menudo (Kadden et al., 2001) debido, en gran parte, a diversas limitaciones metodológicas, dentro de las cuales destaca el de simplificar el efecto del proceso de igualación a una sola variable, en lugar de a un conjunto de ellas (Gulliver et al., 2005), por lo que se ha considerado, en la presente investigación, incluir varias de estas de una manera combinada (p. ej., severidad de la dependencia, patrones de consumo, metas de tratamiento) dentro de un modelo de atención cognitivo-conductual de atención escalonada.

Por tal razón, y dado que en la actualidad en nuestro país no se cuenta con un modelo de atención escalonada con evidencia empírica que cubra un amplio espectro de sub-grupos con problemas de alcohol, se consideró conveniente proponer y evaluar uno para estudiantes universitarios, con base en un procedimiento que ubica a los clientes, desde un inicio, en un nivel de tratamiento específico con base en una evaluación diagnóstica-prescriptiva que considera las diferentes estrategias de igualación cliente-tratamiento y con la posibilidad de que el escalonamiento proceda de manera ascendente o descendente a los programas de intervención y tratamiento cognitivo conductual motivacional breve que integran el modelo y que se encuentran disponibles en centros de servicios clínicos de la UNAM (Quiroga & Cabrera, 2003a; Quiroga & Montes, 2003; Quiroga & Vital, 2003f), los cuales incorporan diversas variables relativas a la hipótesis de igualación (p. ej., severidad de los problemas de alcohol, problemas relacionados con el consumo, patrones de consumo, metas de tratamiento, deterioro neuropsicológico) que han demostrado tener efecto sobre los resultados de tratamiento.

Con esto se pretende superar, en primer lugar, las limitaciones que a mi juicio presentan aquellos modelos de atención escalonada, que ubican inicialmente a los clientes en el nivel menos intensivo y no en el que les correspondería con base a una evaluación diagnóstica-prescriptiva tal como la antes señalada. Y en segundo lugar, se pretende superar las limitaciones de aquellos programas que solo ofrecen a los consumidores un solo tipo de tratamiento que no toma en cuenta sus historias familiares de problemas de alcohol, severidad de la dependencia, patrones de consumo, problemas relacionados con el consumo, metas de tratamiento, etc., - lo cual no es consecuente con las estrategias de igualación cliente-tratamiento guiadas

por “hipótesis derivadas teóricamente”, por “enfoques de atención escalonada”, por “auto-selección de los clientes” y con el apoyo del “juicio clínico”, que sugieren que el tratamiento resulta más efectivo cuando los clientes son igualados con intervenciones óptimas, lo que daría lugar a ahorros sustanciales al evitarse, por medio de la igualación, tratamientos inadecuados, costosos y faltos de ética profesional.

De esta forma, se considera que los beneficios potenciales de la igualación cliente-tratamiento que incluya sus diferentes estrategias, son suficientes para llevar a cabo una investigación que evalúe su capacidad general como estrategia de tratamiento que permita cuantificar los efectos de tipos específicos de igualación, y es en este sentido, que la presente investigación va más allá de los datos existentes y combina los resultados de los efectos de igualación de variables de tratamiento y características de clientes, aún no probadas empíricamente, pero lógicamente plausibles, que guíen la selección futura de los clientes a los tratamientos específicos convenientes.

Por otro lado, existen diferentes subtipos de alcohólicos que tienen más o menos hereditabilidad genética y la manifestación de ciertos componentes conductuales predisponentes. Los subtipos se caracterizan en términos de severidad general de los problemas y en factores de riesgo multidimensional para el desarrollo de una adicción. La mayoría de las tipologías, empíricamente derivadas, se han basado en una combinación de historia familiar, edad de inicio del consumo, dependencia, personalidad o factores de temperamento, tales como la impulsividad, toma de riesgos y conducta desadaptada (Babor et al., 1992b; Cloninger et al., 1996; Epstein et al., 2002; Mulder, 2002). Así, por ejemplo, aquellos individuos que tienen una historia familiar de problemas de alcohol y que caen en las categorías Tipo B de Babor (Babor et al., 1992b) y Tipo II de Cloninger (Cloninger et al., 1996) son quienes tienen mayor preponderancia de presentar desviaciones metabólicas, fisiológicas, electrofisiológicas y neurobiológicas, factores que de manera consistente contribuyen a la predisposición hacia el alcoholismo. Estas tipologías no sólo se caracterizan por presentar una dependencia más severa al alcohol y resultados más pobres de tratamiento, sino que también parecen estar asociadas con diferencias en conductas y destrezas de enfrentamiento (Chung et al., 2001).

De esta manera, por más de tres décadas la investigación ha señalado que la *historia familiar de problemas de alcohol* produce un subtipo cualitativamente diferente de dependencia al alcohol (el alcoholismo familiar) caracterizado, entre otros aspectos, por una *progresión más rápida y severa* (Babor et al. 1992b; Penick et al., 1987; Schuckit, 1984; Volicer et al., 1983; Winokur et al., 1970), *tasas mayores de trastornos de personalidad o psicopatología* (Alterman, 1998; Alterman et al., 1989; Frances et al., 1980; McKenna & Pickens, 1981; Penick et al., 1987), *mayor número de síntomas clínicos de dependencia* (Pickens et al., 2001), una *mayor severidad de los síntomas clínicos de alcoholismo* (Frances et al. 1980) y *mayor número de problemas relacionados con el alcohol* (Frances et al., 1984) lo cual, de acuerdo con ciertos estudios, tiene implicaciones etiológicas, descriptivas y

pronósticas (Frances et al. 1984) y en consecuencia, implicaciones prácticas en el trabajo clínico (Medina-Mora & Mariño, 1999), por lo que se juzgó conveniente investigar, de manera diferenciada, la *hipótesis historia familiar de problemas de alcohol*, a fin de determinar su efecto interactivo sobre la eficacia del modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada y programas de tratamiento específicos que lo integran, y en su caso, determinar si esta constituye una variable que pudiera discriminar a los participantes con historia familiar de problemas de alcohol en un sub-grupo que requiera componentes adicionales de tratamiento, o de si los programas de tratamiento específicos del modelo resultan igual de eficaces con los participantes sin y con historia familiar de problemas de alcohol.

En resumen, los propósitos de la presente Investigación fueron:

1) Investigar el efecto interactivo de la hipótesis de igualación *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados generales y específicos del modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (Quiroga, 2003p); y

2) Evaluar la eficacia clínica de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, así como la eficacia clínica y significancia estadística de los tratamientos específicos que lo integran y que cuentan con diferentes niveles de tratamiento que van de menor a mayor intensidad: a) *“Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve” (DIBAEU)*; b) *“Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Bebedores Problema con Dependencia Moderada” (TAGEU)*; y c) *“Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol” (PEREU)*, en los que se igualan características de los tratamientos con las siguientes características de los consumidores: (a) severidad y cronicidad del problema de consumo de alcohol; (b) patrones de consumo de alcohol; (c) problemas relacionados a éste; (d) metas terapéuticas; y (e) deterioro neuropsicológico, con el fin de que el campo del tratamiento de los problemas de alcohol cuente, en nuestro país, con un modelo empíricamente validado, que cubra un amplio espectro de problemas de alcohol de una manera científica, racional, pragmática y sistemática, con un alto costo-beneficio.

Método

5.1. PARTICIPANTES. Estos fueron 18 estudiantes de diversas facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes voluntariamente solicitaron atención (12 hombres y 6 mujeres) al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología (UNAM). El rango de edad fue de 18 a 35 años, con una media de 24.4 y una desviación estándar de 5.2. Todos consumían alcohol, presentando diagnósticos cuyo espectro abarcó desde el abuso hasta la dependencia sustancial, contando con 14.2 años de escolaridad, en promedio, con un rango de 13 a 15 y una desviación estándar de 0.6. Se cuidó que los participantes no presentaran alguna enfermedad física grave, no requirieran internamiento ni presentaran otros trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV, y en el caso de las mujeres además, que no estuvieran preñadas o en periodo de lactancia, administrándoseles la Entrevista Clínica Estructurada Versión Alcohol (SCID-VA; Quiroga, 2003f), adaptada de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV Eje I Trastornos-Alcohol (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999). Los participantes fueron igualados con los perfiles de los programas específicos de tratamiento considerados (DIBAEU, TAGEU y PEREU), con base en la severidad y cronicidad de su consumo de alcohol, patrones de consumo, problemas relacionados al consumo, metas de tratamiento y nivel de deterioro neuropsicológico, a fin de contar con una correspondencia entre la modalidad de intervención y el tipo de consumidor. Para fines de comparación general, los participantes fueron agrupados por su estatus de historia familiar de problemas de alcohol, de tal forma que 9 conformaron el grupo con historia familiar de problemas de alcohol (G-CHFPA) y 9 el grupo sin historia familiar de problemas de alcohol (G-SHFPA), empleándose el Cuestionario del Árbol Familiar para la evaluación de dicha historia (CAF; Quiroga, 2003a), traducido y adaptado al español del Family Three Questionnaire (FTQ; Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985). La historia familiar de problemas de alcohol, fue una variable que solo se presentó en los tres sub-grupos “con historia familiar de problemas de alcohol” (1B-CHFPA, 2B-CHFPA, 3B-CHFPA) y no en los tres sub-grupos “sin historia familiar de problemas de alcohol” (1A-SHFPA; 2A-SHFPA Y 3A-SHFPA), a fin de contar con tres sub-grupos de 6 estudiantes cada uno (4 hombres y 2 mujeres), que reunieron las siguientes características (Véase TABLA 1).

5.2. ESCENARIO. Las programas de tratamiento específicos (DIBAE, TAGEU y PEREU) se administraron dentro de salas de consulta del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, dependiente de la Facultad de Psicología de la UNAM, con dimensiones de 2.5 X 2.5 mts, aproximadamente, encontrándose acondicionadas con mobiliario (sillones, mesita y silla) adecuado para realizar entrevistas, evaluaciones y sesiones terapéuticas de corte psicológico a nivel individual.

N	TABLA 1. Características de los Participantes y de los Tratamientos Específicos Tipos de Consumidor	MODALIDAD DE ATENCIÓN
<p>6 Participantes Divididos en 2 Sub-grupos:</p> <p>(1A- SHFPA)</p> <p>(1B-CHFPA)</p>	<p>Consumidores con abuso o dependencia leve al alcohol (hasta 13 puntos en la EDA y hasta 3 síntomas en el DSM-IV), caracterizados por una historia muy leve de consumo excesivo (menos de 5 años) y de consumo problemático (menos de 3 años) y por un patrón de consumo excesivo frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o más de 12 copas estándar a la semana en el hombre y más de 9 en la mujer, en no más de tres días a la semana); con muy pocos problemas relacionados (no más de 10 en el IPAR) (p. ej., salud, sociales, legales). Sin deterioro cognitivo. El Sub-grupo 1A-SHFPA sin historia familiar de problemas de alcohol, en tanto que el Sub-grupo 1B-CHFPA con historia familiar de problemas de alcohol.</p>	<p><u>Intervención Breve</u></p> <p><u>(DIBAEU)</u> (7 sesiones, aprox.)</p> <p>1 llenado de cuestionarios de Auto-reporte 1 de evaluación 1 de Retroalimentación y consejo 4 seguimientos</p>
<p>6 Participantes divididos en 2 Sub-grupos:</p> <p>(2A-SHFPA)</p> <p>(2B-CHFPA)</p>	<p>Consumidores con dependencia moderada al alcohol (de 14 a 21 puntos en la EDA y hasta 4 síntomas en el DSM-IV) con una historia leve de consumo excesivo (menos de 10 años) y de consumo problemático (menos de 5 años); un patrón de consumo excesivo frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y entre 13 y 30 copas estándar a la semana en el hombre y de entre 8 y 24 copas a la semana en la mujer, en no más de tres días a la semana); con problemas relacionados con el alcohol (p. ej., académicos, sociales, financieros), siendo alguno de ellos grave (algunas consecuencias negativas, una de las cuales fue seria), sin deterioro cognitivo. El Sub-grupo 2A-SHFPA sin historia familiar de problemas de alcohol, en tanto que el Sub-grupo 2B-CHFPA con historia familiar de problemas de alcohol.</p>	<p><u>Tratamiento Breve</u></p> <p><u>(TAGEU)</u> (9 sesiones, aprox.)</p> <p>1 de evaluación, 4 de tratamiento, y 4 seguimientos</p>
<p>6 Participantes divididos en 2 Sub-grupos:</p> <p>(3A- SHFPA)</p> <p>(3B- CHFPA)</p>	<p>Consumidores con dependencia sustancial a severa al alcohol (más de 21 puntos en la EDA y de 5 a 7 síntomas en el DSM IV), con historia moderada de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años), con un patrón de consumo excesivo muy frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer) y/o hasta más de 30 copas a la semana en el hombre y hasta más de 24 copas en la mujer, hasta 5 días a la semana) con problemas relacionados con el alcohol (p. ej., de salud, familiares, financieros) menores a graves (algunas experiencias negativas, una de las cuales fue seria), siendo uno de ellos un problema muy grave (algunas experiencias negativas, 2 de las cuales fueron serias). Sin deterioro cognitivo. El Sub-grupo 3A-SHFPA sin historia familiar de problemas de alcohol, en tanto que el Sub-grupo 3B-CHFPA con historia familiar de problemas de alcohol.</p>	<p><u>Tratamiento Breve</u></p> <p><u>(PEREU)</u> (13 sesiones aprox.)</p> <p>1 de evaluación 8 de tratamiento y 4 seguimientos</p>

5.3. MATERIALES

5.3.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN. Estos consistieron fundamentalmente en: (a) entrevistas estructuradas; (b) escalas; (c) cuestionarios; (d) inventarios y (e) registros, tales como: La Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP), la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), El Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar los problemas de Alcohol (CAF), El Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR), la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-VA), la prueba de pistas (PDP) partes A y B de la batería Halstead-Reitan, el Formato de Consentimiento Informado (FCI), la Línea Base Retrospectiva-Alcohol (LIBARE-A), el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50), el Cuestionario de Confianza de Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50), la Entrevista de Seguimiento del Colateral (ESC), el Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), la Entrevista de Seguimiento del Usuario (ESU), que se aplicaron a los casos captados y derivados a las diferentes modalidades de atención: antes, durante y después del tratamiento y durante los seguimientos correspondientes, según correspondiera, una vez que fueron admitidos y dados de alta. (Véase TABLA 2 y ANEXOS 1 Y 2),

5.3.1.1. DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga & Vital, 2003c) traducida y adaptada de la Alcohol Dependence Scale (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & Fester, 1984), es una escala compuesta de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubre síntomas de abstinencia que corresponden al síndrome de dependencia definido por Edwards y Gross (1976), tales como deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y saliencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Se aplica a población de bebedores problema jóvenes y adultos que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide desde ausencia de dependencia hasta dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Los trabajos de Skinner y Allen (1982) y de Ross et al. (1990) demostraron que la EDA se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) y se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM-III ($r = 0.58$). Requiere menos de 10 minutos para ser contestada. (Véase Anexo 1 para mayor detalle).

El Cuestionario del Árbol Familiar para la Evaluación de la Historia Familiar de Problemas de Alcohol (CAF; Quiroga, 2003a), traducido y adaptado del Family Tree Questionnaire for the Assessment of Family History of Alcohol Problems (FTQ; Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985), es un cuestionario breve y de fácil administración. El cuestionario proporciona a los examinados un conjunto consistente de claves para que identifiquen a sus parientes consanguíneos que tienen problemas de alcohol, al emplear un diagrama de un árbol familiar para parientes. Se ha evaluado la confiabilidad de los parientes paternos y maternos a nivel de primer (hermanos y padres) y segundo grado (abuelos, tíos, tías) de muestras de examinados alcohólicos y no-alcohólicos y los resultados han señalado

que ambos pueden clasificar de manera confiable a sus parientes como alcohólicos o bebedores problema en un test-retest de dos semanas de intervalo (Mann et al., 1985; Vogel-sprott, Chopperfield & Hart, 1985). (Véase Anexo 1 para mayor detalle).

El Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga & Cabrera, 2003b), traducido y adaptado del Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI; White & Labouvier, 1989), es un cuestionario de autoadministración que consta de 23 reactivos que permite evaluar el problema de ingesta de alcohol en adolescentes y jóvenes. El dominio que mide lo constituyen las consecuencias negativas del beber. Es relativamente breve y fácilmente administrable. El tiempo de administración es de 10 minutos o menos y el de calificación de 3 minutos y no se requiere de un entrenamiento por parte del aplicador. Posee una confiabilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad a los 3 años de 0.40. Las ventajas de esta herramienta son su fácil administración que hace posible comparar las calificaciones de los problemas de ingesta a través de los grupos. (Véase Anexo 1 para mayor detalle).

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos por Abuso y Dependencia al Alcohol del DSM-IV (SCID-VA, Quiroga, 2003f), versión extractada y adaptada a partir de la sección de alcohol correspondiente del Módulo E (Trastornos por Consumo de Alcohol) que se encuentra en la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I, First et al., 1999), es una entrevista semi-estructurada, sistemática y comprensiva que se enfoca únicamente en la sección de la Dependencia y Abuso del Alcohol y el diagnóstico se basa en la evaluación de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se administra en una única sesión la cual dura entre 20 y 30 minutos, dependiendo de la complejidad de la historia clínica del entrevistado y de la habilidad y experiencia del entrevistador, así como de la capacidad del entrevistado para describir su problemática de forma sucinta. La entrevista ha demostrado buena confiabilidad, pero requiere de un entrevistador hábil y con buen juicio clínico. (Ver Anexo 1 para mayor detalle).

La Prueba de Pistas PDP (Trail Making Tests) de la Batería Halstead-Reitan (HRB; Halstead, 1947), es uno de los instrumentos frecuentemente empleado para evaluar deterioros cognitivos derivados del abuso crónico del alcohol. La aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos, cuenta con dos partes, en la primera parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte (B), se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de tiempo, es decir, para la parte A, se otorga un minuto para responder, sin embargo si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de 2 minutos, en caso de que el usuario no termine la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, la persona que administra la prueba otorgará el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea. (Véase Anexo 1 para mayor detalle).

La Línea Base Retrospectiva-Alcohol (LIBARE-A; Quiroga, 2003n), traducida y adaptada de la versión *Alcohol Timeline Followback* (TLFB; L. C. Sobell & Sobell, 2000, 2003b), desarrollada por L. C. Sobell y Sobell (1992) utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar de manera continua la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol durante un periodo establecido de tiempo. También se pueden identificar periodos de recaída y servir como base para sondear las causas de ésta. Muestra cuánto dinero gasta una persona en el alcohol, las calorías que consumen cuando bebe, y cómo se compara el consumo de una persona en relación con las normas nacionales. Permite medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una dependencia severa. Se requieren de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses y de 10 a 15 minutos para un período de 3 meses. (Véase Anexo 1 para mayor detalle).

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-50-Alcohol; Quiroga & Vital, 2003e), traducido y adaptado del Inventory of Drug Taking Situación-Alcohol (IDTS-50-Alcohol; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996b), es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar situaciones en las que el cliente consumió excesivamente durante el año pasado. Puede ser administrado empleando lápiz y papel o en formato computarizado. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y asociados (Marlatt & Gordon, 1980, 1985), en donde el consumo del cliente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, prueba de control personal, urgencias y tentaciones para consumir, conflictos con otros, presión social para consumir y momentos agradables con los demás. Los clientes deben leer cada ítem e indicar la respuesta que describe con mayor precisión su frecuencia de “consumo excesivo” cuando se encontró en esa situación durante el año pasado. Los clientes definen el “consumo excesivo” en términos de su propia percepción y patrón de consumo de lo que constituye “excesivo” para ellos. Cada uno de los ítems se contesta con base a una escala de 4 puntos en donde 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Frecuentemente, y 4 = Casi siempre. Cuenta con una validez de contenido adecuada. Es un instrumento breve y de fácil administración que requiere de 15 minutos, aproximadamente, para completarlo. (Véase Anexo 2 para mayor detalle).

El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-50-Alcohol; Quiroga & Vital, 2003b) traducido y adaptado del Drug-Taking Confidence Questionnaire-Alcohol (DTCQ-50-Alcohol; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996a), es un cuestionario de autoreporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del cliente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Se le pide al cliente que se imagine en una variedad de situaciones derivadas del trabajo de Marlatt y Gordon (1980), y que indique para cada situación, con base en una escala de seis puntos (cuyo rango va de 0 = sin confianza; 20 = 20% confiado; 40 = 40%

confiado; 60 = 60% confiado; 80 = 80% confiado; a 100 = muy confiado) qué tan confiado se encuentra en que será capaz de resistir la urgencia de consumir excesivamente en esa situación. Las respuestas del cliente le permitirán al terapeuta monitorear el desarrollo de la autoeficacia del cliente en relación con el enfrentamiento de las situaciones de consumo a lo largo del tratamiento. Puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado y se requiere de 10 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 50 ítems. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. La investigación muestra que tiene confiabilidad y validez (Véase Anexo 2 para mayor detalle).

Todos los instrumentos fueron administrados por tres psicólogas clínicas con nivel de licenciatura, bajo la supervisión y entrenamiento de un supervisor clínico calificado con experiencia de entrenamiento y evaluación, con nivel de maestría en psicología, con excepción de la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP; Quiroga, 2003g) y la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-VA; Quiroga, 2003f) que fueron administradas y calificadas por el Supervisor Clínico. Por otro lado, el diagnóstico clínico de los participantes fue efectuado con base en el DSM-IV y en la información obtenida por medio de la complementada con la EDA (Quiroga & Vital, 2003c) y una pregunta específica del ASI (ASI; Addiction Severity Index; McLellan, et al., 1992)

Durante la Evaluación Diagnóstica-Prescriptiva el entrevistador propició una atmósfera de tranquilidad y confianza con el usuario para que se facilitara la obtención de la información. Desde un principio, el entrevistador se mostró comprensivo y solícito a fin de convertirse en una fuente de reforzamiento social para el usuario y así lograr su cooperación. Durante dicha sesión, el entrevistador le pidió al usuario que expusiera el motivo que lo condujo a buscar ayuda, explorando los antecedentes del problema, sus relaciones familiares, escolares y sociales. Exploró las actitudes que tenía el usuario hacia la droga de preferencia, tratando de determinar el grado de conocimiento que tenía sobre los efectos que produce dicha sustancia, a diversos niveles (p. ej., personal, social, económico); se trataron de fortalecer aquellos aspectos en que el alcohol tenía repercusiones, al tiempo que se eliminaron algunos mitos acerca de éste. En resumen, se estableció un clima de confianza que favoreció que el usuario pudiera expresar mejor su problema de consumo de alcohol, a que fuera una parte activa en la relación terapéutica, y a que el usuario siguiera las indicaciones que le dio el entrevistador.

5.3.2. MANUALES DE TRATAMIENTO PARA LOS TERAPEUTAS SOBRE LOS TRES PROGRAMAS DE TRATAMIENTO ESPECÍFICOS.

- (1) Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia leve (DIBAEU). Manual de Intervención para Terapeutas (Quiroga & Cabrera, 2003a).

- (2) Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU). Manual de Tratamiento para Terapeutas (Quiroga & Montes, 2003)
- (3) Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al alcohol (PEREU). Manual de Tratamiento para Terapeutas (Quiroga & Vital, 2003f).

TABLA 2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y DE RESULTADOS (1)

TIPOS DE INSTRUMENTOS	ANTES DE LA ATENCIÓN	DURANTE LA ATENCION	AL FINALIZAR LA ATENCIÓN	1ER. SEGUIMIEN -TO 1 MES	2DO. SEGUIMIEN -TO 3 MESES	3ER. SEGUIMIEN -TO 6 MESES	4TO. SEGUIMIEN -TO 12 MESES
EDP Entrevista Diagnóstica- Prescriptiva Quiroga (2003g)	X						
TWEAK Cuestionario para Detectar Problemas de Alcohol Quiroga (2003c)/ Russell(1994)	X						
AUDIT-C Prueba para la Identificación de Transtornos en el Consumo de Alcohol Quiroga (2003o)/ Gordon et al. (2001)	X						
CAGE Cuestionario para Detectar Abuso y Dependencia al Alcohol Quiroga (2003b)/ Swing (1984)	X						
EDA Escala de Dependencia al Alcohol Quiroga y Vital (2003c)/Skinner et al. (1984)	X					X	X
SCID-VA Entrevista Clínica Estructurada Quiroga (2003f) / First et al. (1999)	X						
CAF Cuestionario del Árbol Familiar Quiroga (2003a)/ Mann et al (1985)	X						
IPAR Índice de Problemas de Alcohol Rutgers Quiroga y Cabrera (2003b)/ White y Labouvie (1989)	X					X	X
PDP Prueba de Pistas (Healstead, 1947)	X						
LIBARE-A Línea Base Retrospectiva Quiroga, (2003n) L.C. Sobell y Sobell (1992, 2000,2003)	X	X	X	X	X	X	X

TABLA 2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y DE RESULTADOS (2)

TIPOS DE INSTRUMENTOS	ANTES DE LA ATENCIÓN	DURANTE LA ATENCION	AL FINALIZAR LA ATENCIÓN	1ER. SEGUIMIEN-TO 1 MES	2DO. SEGUIMIEN-TO 3 MESES	3ER. SEGUIMIEN-TO 6 MESES	4TO. SEGUIMIEN-TO 12 MESES
BDI Inventario de Depresión de Beck (Jurado, et al, 1998/ Beck (1996)	X					X	X
BAI Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, et al. 2001 / Beck, (1990)	X					X	X
FCIE-DIBAEU Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión Quiroga (2003k)	X						
FCIE-TAGEU Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión Quiroga (2003m)	X						
FCIE-PEREU Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión Quiroga (2003l)	X						
FCI-DIBAEU Forma de Consentimiento Informado Quiroga (2003h)	X						
FCI-TAGEU Forma de Consentimiento Informado Quiroga (2003j)	X						
FCI-PEREU Forma de Consentimiento Informado Quiroga (2003i)	X						
ACC-A Algoritmo de Compromiso para el Cambio Quiroga y Vital (2003a)/ Shoeber y Annis (1995)	X						
ISCD-A-50 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol Quiroga y Vital (2003e) Annis y Martin (1985)	X					X	X
CCCD-A-50 Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol Quiroga y Vital (2003b) /Annis et al. 1996)	X	X	X			X	X

TABLA 2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y DE RESULTADOS (3)

TIPOS DE INSTRUMENTOS	ANTES DE LA ATENCIÓN	DURANTE LA ATENCIÓN	AL FINALIZAR LA ATENCIÓN	1ER. SEGUIMIENTO 1 MES	2DO. SEGUIMIENTO 3 MESES	3ER. SEGUIMIENTO 6 MESES	4TO. SEGUIMIENTO 12 MESES
CSU Cuestionario de Satisfacción del Usuario Quiroga y Vital (2003d) Annis et al. (1996)			X				X
ESU Entrevista de Seguimiento del Usuario Quiroga (2003e)				X	X	X	X
ESC Entrevista de Seguimiento del Colateral Quiroga (2003d)				X	X	X	X

5.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Considerando que uno de los dos propósitos de la presente investigación fue el de evaluar la eficacia clínica de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada, que es una estrategia de igualación cliente-tratamiento, caracterizada por diferentes niveles de intensidad, los cuales fueron igualados de acuerdo a las siguientes características de los participantes: severidad y cronicidad del problema de alcohol, patrones de consumo, problemas relacionados con el consumo, y metas de tratamiento, fue necesario realizar evaluaciones de cada uno de los estudiantes en las diversas alternativas utilizadas con cada grupo particular de usuarios: con abuso o dependencia leve, con dependencia moderada y con dependencia sustancial o severa, para lo cual se empleó, un diseño experimental de "Línea Base Múltiple entre Sujetos" modificado, el cual resultaba particularmente útil en lo relativo a la dimensión clínica de la investigación debido a que permitía demostrar el efecto de la intervención sin necesidad de suspender el tratamiento dado el adecuado control de posibles variables extrañas, en ausencia de un grupo control, que por razones éticas, no era recomendable, ya que la investigación no tenía como objetivo determinar qué tratamiento específico era más efectivo, sino de evaluar la eficacia de los efectos de igualación.

Por otro lado, dado que otro propósito de la investigación fue el de evaluar el efecto interactivo de la hipótesis *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados de tratamiento de los programas específicos que lo integran: "Intervención Breve DIBAEU", "Tratamiento Breve TAGEU" y "Tratamiento Breve PEREU", esto requirió que los 6 estudiantes que recibieron el programa de tratamiento específico

DIBAEU fueran divididos en dos sub-grupos, uno conformado por tres estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol (Sub-grupo 1A-SHFPA) y otro conformado por tres estudiantes que si la tenían (Sub-grupo 1B-CHFPA); que los 6 estudiantes que recibieron el programa de tratamiento específico TAGEU fueran divididos en dos sub-grupos, uno conformado por 3 estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol (Sub-grupo 2A-SHFPA) y otro de 3 estudiantes que si la tenían (Sub-grupo 2B-CHFPA), y finalmente, que los 6 estudiantes que recibieron el programa de tratamiento específico PEREU, fueran divididos en dos sub-grupos, uno conformado por 3 estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol (Sub-grupo 3A-SHFPA) y otro por 3 estudiantes que si la tenían (Sub-grupo 3B-CHFPA). Cabe señalar, que los dos primeros programas de tratamiento (DIBAEU Y TAGEU) igualan con ausencia de la variable historia familiar de problemas de alcohol, en tanto que el tercero (PEREU) iguala tanto con la presencia como con ausencia de dicha variable.

La lógica de este diseño planteó que se administrara el tratamiento a los estudiantes de una manera secuenciada, de tal suerte que en un inicio, los tres estudiantes de cada sub-grupo se encontraron en línea base. Una vez que esta se estabilizó, o fue muy similar, se procedió a aplicar el tratamiento al primero de los tres estudiantes de cada sub-grupo, mientras que los otros dos estudiantes de cada sub-grupo continuaron en línea base. Una vez que se administró la intervención en el primer estudiante, se procedió a aplicar el mismo tratamiento al segundo estudiante, mientras que el tercero continuó en línea base. Este mismo procedimiento se siguió con el tercero de los estudiantes. En nuestro caso, para evitar tener a los estudiantes en lista de espera de su tratamiento, se hizo la siguiente modificación, aprovechando que se empleó el Registro de Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A), y por lo tanto, ya se contaba con el registro de consumo de cada estudiante de los 12 meses previos, se tomaron estos datos como datos de Línea Base para iniciar la aplicación de los tratamientos en los distintos estudiantes, acortándose con esto el tiempo de espera, manteniéndose el mismo sistema de registro durante todas las condiciones de la investigación.

5.5. VARIABLES

5.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Fungieron como variables independientes la historia familiar de problemas de alcohol y los tres programas de tratamiento específicos que conforman el modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada (Quiroga, 2003p), a saber:

1. *Historia Familiar de Problemas de Alcohol*. Con base en el Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de alcohol (CAF, Quiroga, 2003a), traducido y adaptado al español del Family Tree Questionnaire, assessment of family history of alcohol problems (FTQ; Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985), los estudiantes fueron categorizados “con historia familiar de problemas de alcohol” si tuvieron o tenían, al menos, un padre biológico con

algún problema de alcohol (p. ej., abuso o dependencia) y “sin historia familiar de problemas de alcohol” si ambos padres biológicos no tuvieron o no tenían algún problema de alcohol.

2. Programa de “*Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve*” (DIBAEU; Quiroga & Cabrera, 2003a), traducido y adaptado al español, a partir del *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students* (BASICS; Dimeff et al., 1999).

Descripción Breve del Programa

El programa DIBAEU es una modalidad de atención preventiva y terapéutica de corte cognitivo-conductual motivacional breve que se encuentra basada en la teoría del aprendizaje social y en la psicología motivacional, fundamentalmente. Cuenta con tres elementos clave: (a) el entrenamiento en destrezas cognitivo-conductuales (Baer et al., 1992); (b) la terapia de incremento motivacional (Miller & Rollnick, 1991); y (c) los principios de la reducción del daño (Marlatt, Larimer, Baer & Quigley, 1993; Marlatt, Baer & Larimer, 1995), por lo que se centra más en motivar a que el estudiante prevenga o reduzca los problemas relacionados al consumo de alcohol (p. ej., baja asistencia a clases, reprobación de asignaturas, accidentes, ataques sexuales y violencia) más que la frecuencia y cantidad de consumo por si mismo.

El programa DIBAEU se dirige a estudiantes universitarios de entre 18 y 24 años de edad que consumen alcohol de manera excesiva y que como resultado de dicho consumo pudieran ya estar presentando un diagnóstico de abuso o dependencia leve al alcohol, o estar en riesgo de presentarlos o de desarrollar problemas relacionados con el consumo. Por lo cual, se encuentra diseñado para ayudar a que los estudiantes tomen mejores decisiones acerca de su consumo de alcohol. Cabe señalar, que debido a que este programa no está diseñado para estudiantes con dependencia moderada, sustancial o severa, se le emplea como parte del modelo de atención escalonada aquí propuesto de tal forma que permita, de ser necesario, referirlo a otra de las dos modalidades de atención con que cuenta el modelo, o en su defecto, a otro centro especializado en el tratamiento de problemas de alcohol.

El programa DIBAEU se aplica en el curso de tan solo dos sesiones individuales de 50 minutos cada una. Antes o después de la primera sesión, el estudiante recibe y contesta un paquete de escalas y cuestionarios de autoreporte. A partir de estos instrumentos y de la primera sesión de entrevista, se recolecta información sobre los patrones de consumo de alcohol, problemas relacionados con el consumo en las áreas de la salud, social, y/o legal, creencias personales acerca de los efectos del alcohol y sobre las normas sociales de consumo y sobre la historia familiar.

En la segunda sesión, realizada una o dos semanas después de la entrevista inicial, el terapeuta le proporciona al estudiante retroalimentación gráfica personalizada sobre su problema de alcohol, patrones de consumo y problemas relacionados al consumo, mitos acerca de los efectos del alcohol, datos sobre normas de consumo, métodos para reducir riesgos futuros asociados con el consumo de alcohol y un menú de opciones que le ayuden a realizar cambios en el consumo.

El estilo del programa DIBAEU es empático, no confrontacional ni enjuiciador de la problemática del estudiante y más bien se dirige a proporcionarle información individualizada sobre su patrón de consumo de alcohol y problemas relacionados con el mismo, de tal forma que incremente su motivación para el cambio, así como de estrategias de cambio conductual, incorporando un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de las intervenciones breves como son: (a) la entrevista motivacional, (b) la identificación de las etapas de cambio, (c) el empleo de los estadios de disposición para el cambio (d) la retroalimentación gráfica personalizada sobre sus patrones de consumo y problemas relacionados, (e) el análisis de costo-beneficios para el cambio (balance decisional), (f) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario, (g) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (h) el proveerle un menú de opciones de procedimientos para el cambio, (i) el automonitoreo del consumo, (k) la asignación de ejercicios en casa y (j) el incremento de la autoeficacia. Los componentes del DIBAEU se encuentran descritos con todo detalle en el Manual correspondiente (Quiroga & Cabrera, 2003a).

3. *Programa de “Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada” (TAGEU; Quiroga & Montes, 2003), traducido y adaptado al español para su empleo con estudiantes universitarios, a partir del Problem Drinkers Guided Self-Change Treatmet (GSC; M. B. Sobell & Sobell, 1993a).*

Descripción Breve del Programa

El programa TAGEU es una modalidad de tratamiento breve de corte cognitivo-conductual motivacional, basado en la teoría del aprendizaje social y en la psicología motivacional, fundamentalmente y cuenta con un enfoque de auto-control o autocambio guiado focalizado en el consumo del alcohol. En consecuencia con dicho enfoque enfatiza el compromiso del estudiante en el cambio de su conducta de consumo excesivo de alcohol dotándolo, para tal fin, de una estrategia de solución de problemas específicos relacionados con el consumo.

El programa TAGEU se dirige a estudiantes universitarios de entre 18 y 65 años de edad que consumen alcohol de manera excesiva y que como resultado de dicho consumo presentan un diagnóstico de dependencia moderada al alcohol.

Cabe señalar, que debido a que este programa no está diseñado para estudiantes con dependencia sustancial o severa, se le emplea como parte del modelo de atención escalonada aquí propuesto de tal forma que permita, de ser necesario, referirlo a las otras modalidades de atención con que cuenta el modelo, o en su defecto, a otro centro especializado en el tratamiento de problemas de alcohol.

El programa TAGEU se aplica en el curso de 4 sesiones individualizadas de tratamiento de 50 minutos cada una, además incluye 1 sesión de evaluación y admisión y varios contactos telefónicos. Las sesiones se llevan a cabo semanalmente y están dirigidas a la identificación de la etapa de cambio, al establecimiento de metas terapéuticas, a la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol, al desarrollo de una estrategia para la solución de problemas específicos de consumo de alcohol y al re-establecimiento de metas.

Durante las sesiones de tratamiento el estudiante analiza, con el apoyo del terapeuta, los costos y beneficios del cambio, registra su consumo diario de alcohol, elige la meta de consumo, planea metas de vida a corto, mediano y largo plazo, identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias específicas para enfrentar esas situaciones, para tal fin, se le proporciona información, consejo y retroalimentación y se emplean tres lecturas y tareas para realizar en casa en las cuales se abordan los siguientes Temáticas: (1) evaluación de los costos y beneficios del cambio (p. ej., ejercicio de balance decisonal) y establecimiento de metas; (2) identificación de “disparadores” de situaciones de alto-riesgo asociadas con el consumo excesivo; (3) desarrollo de opciones y planes de acción (formas alternativas de responder) para enfrentar las situaciones de consumo problemáticas identificadas durante la segunda sesión, y (4) Nuevo establecimiento de metas de tratamiento para el futuro.

En la primera sesión de tratamiento se le ayuda al estudiante a reflexionar sobre su consumo de alcohol y a encontrar las razones para moderar o suspender su consumo. También se le ayuda a que explore y reduzca la ambivalencia que le produce el decidir llevar a cabo el cambio en el consumo. Finalmente, se le ayuda a establecer su primera meta de consumo, la cual intentará alcanzar en las siguientes semanas, para lo cual se emplean los ejercicios 1A. “Decisión para Cambiar”, 1B. “Razones para Cambiar” y 1C. Establecimiento de Metas de Tratamiento”.

En la segunda sesión de tratamiento el terapeuta ayuda al estudiante a identificar la relación entre su estilo de vida y su problema con el consumo de alcohol, identificando las situaciones y disparadores de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias actuales y potenciales de esa forma de consumo. Finalmente, se le ayuda a que analice cómo debe contemplar las recaídas que puedan presentarse a lo largo de la terapia, para lo cual se emplea el ejercicio 2. “Situaciones y Consecuencias del Consumo Excesivo de Alcohol”.

En la tercera sesión de tratamiento, se le ayuda al estudiante a que desarrolle planes de tratamiento específicos para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo a fin de evitar en el futuro problemas de consumo excesivo, para lo cual se emplean los Ejercicios 3A. Opciones y Probables Consecuencias” y 3B. “Planes de Acción”.

En la cuarta y última sesión, el terapeuta analiza, conjuntamente con el estudiante, el progreso de éste a lo largo de su participación en el programa, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales. Por su parte, el estudiante define por segunda ocasión su meta de consumo de alcohol, para lo cual se emplea el ejercicio 4A. “Nuevo Establecimiento de Metas”.

El estilo del programa TAGEU es empático, no confrontacional, ni enjuiciador, dirigido a proporcionarle al estudiante información individualizada sobre sus patrones de consumo y problemas relacionados con el consumo de tal forma que incrementen su motivación para el cambio, así como de una estrategia de solución de problemas específicos relacionados con el consumo, incorporando un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de los tratamientos breves como son: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, (b) el análisis de costo-beneficios (balance decisonal) para el cambio en el consumo, (c) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el estudiante en la determinación de su plan de tratamiento, (d) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (e) la auto-selección de metas y objetivos terapéuticos por parte del estudiante, (f) el empleo del análisis funcional de la conducta, (g) el monitoreo del progreso del estudiante durante la terapia, (h) la evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento, (i) el empleo de los apoyos sociales para el mejoramiento del cambio, (j) la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo, (k) el empleo de una estrategia de solución de problemas específicos para evitar o controlar el consumo y (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. Los componentes del TAGEU se encuentran descritos con todo detalle en el Manual correspondiente (Quiroga & Montes, 2003).

4. Programa de “Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol” (*PEREU; Quiroga & Vital, 2003f*), traducido y adaptado al español para su empleo con estudiantes universitarios, a partir del *Structure Relapse Prevention. An outpatient counselling approach (SRP; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996c)*.

Descripción Breve del Programa

El programa PEREU es un tratamiento breve de corte cognitivo-conductual y motivacional que se basa, en general, en la teoría del aprendizaje social y de manera particular en el constructo de autoeficacia y en la psicología motivacional.

Además, cuenta con un enfoque de consejo y una perspectiva de amplio espectro. Se centra en ayudar al estudiante a identificar sus situaciones personales de alto riesgo para el consumo de alcohol y en la estructuración de tareas a realizar en casa, diseñadas con el fin de capacitarlo en el desarrollo de destrezas de enfrentamiento para iniciar y mantener el cambio de la conducta de beber.

El programa PEREU se dirige a estudiantes universitarios de entre 18 y 65 años de edad que consumen alcohol de manera excesiva y que como resultado de dicho consumo presentan un diagnóstico de dependencia sustancial o severa al alcohol. Cabe señalar, que debido a que este programa no está diseñado para estudiantes que presentan síndromes de abstinencia física muy severa (p. ej., delirium tremens, alucinaciones, ataques de gran mal) ni comorbilidad psiquiátrica ni adictiva que requiera internamiento, se le emplea como parte del modelo de atención escalonada propuesto de tal forma que permita, de ser necesario, referirlo a otro centro especializado en el tratamiento de problemas de alcohol.

El programa *PEREU* se aplica en 8 sesiones individuales semanales, aproximadamente, en las que se involucra al estudiante en: (a) la evaluación de sus metas y compromisos de cambio; (b) el diseño de un plan de tratamiento individualizado; (c) la identificación de sus fortalezas y recursos; (d) el aprendizaje de la anticipación de los disparadores del alcohol y el desarrollo de formas alternativas de enfrentamiento; (f) el desarrollo de la confianza (autoeficacia) en la práctica de las destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo; (g) el establecimiento de conexiones entre el uso de alcohol y diversas situaciones; e (i) la planeación previa de estrategias de enfrentamiento. Incluye, de manera específica: 1. Una evaluación clínica completa con retroalimentación personalizada sobre los factores de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol; 2. Una o más sesiones de entrevista motivacional; 3. Un contrato de tratamiento; 4. Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol a considerar dentro del tratamiento a través de tareas asignadas; 5. El establecimiento de una meta terapéutica y el automonitoreo del consumo; y 6. La asignación de tareas sobre "mantenimiento del cambio".

El Programa PEREU se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de los tratamientos cognitivo-conductuales breves para dependencia sustancial y severa como son: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio; (b) la identificación de la etapa de cambio; (c) el análisis de costo-beneficios (balance decisional) para el cambio en el consumo; (d) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario en la determinación de su plan de tratamiento; (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo; (f) la selección de metas y objetivos terapéuticos por parte del usuario con apoyo del terapeuta; (g) el empleo del análisis funcional de la conducta; (h) el monitoreo del progreso del usuario durante la terapia; (i) la evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento; (j) el empleo de los apoyos sociales para el mejoramiento del cambio; (k) el desarrollo de destrezas de evitación y afrontamiento

para el abordaje de las situaciones de riesgo en el consumo; e (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. Los componentes del PEREU se encuentran descritos en detalle en el Manual correspondiente (Quiroga & Vital, 2003f).

5.5.2. VARIABLES DEPENDIENTES

1. Consumo de alcohol, medido por medio de la LIBARE-A.

1.1. Frecuencia y cantidad de consumo por ocasión y semanal.

Patrón de consumo excesivo/frecuente (de 5 a 9 copas estándar, por ocasión de consumo en el hombre y de 4 a 9 en la mujer y/o más de 12 copas estándar a la semana en el hombre y más de 9 en la mujer), en no más de 3 días a la semana. 1 copa estándar = 11 a 15 gramos de alcohol puro o etanol.

Patrón de consumo muy excesivo/muy frecuente (10 o más copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y en la mujer) y/o más de 30 copas estándar a la semana en el hombre y más de 24 copas en la mujer, en más de 3 días a la semana).

Patrón de consumo problemático (menos de 3 años de consumo en el que se presentan problemas relacionados (p. ej., salud, familiar, académicos) en el caso de los abusadores y dependencia leve, menos de 5 años en el caso de los consumidores con dependencia moderada y más de 5 años en el caso de los consumidores con dependencia sustancial a severa).

Patrón de consumo controlado (hasta 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y 3 en la mujer, tomar una copa por hora y dejar pasar 20 minutos antes de consumir la siguiente).

2. *Problemas de alcohol.* Se consideró que los participantes tenían un problema de alcohol si contaban con un diagnóstico de consumo excesivo abuso o dependencia al alcohol, medido el primero en términos cuantitativos por medio de los puntos de corte de género 5/4 copas por ocasión y 12/9 copas a la semana, en el hombre y mujer, respectivamente y el segundo respectivamente y el segundo y el tercero por medio de la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-VA) con los criterios del DSM-IV y la EDA, de acuerdo a los siguientes puntajes:

2.1. Dependencia al alcohol medida por la EDA Y la SCID-VA-DSM-IV.

- 2.1.1. Leve (1-13 Pts. en la EDA y 3 síntomas en el DSM-IV).
- 2.1.2. Moderada (14-21 Pts. en la EDA y 4 síntomas en el DSM-IV).
- 2.1.3. Sustancial (22-30 Pts. en la EDA y 5 síntomas en el DSM-IV).
- 2.1.4. Severa (31-51 Pts. en la EDA y 5 de 7 síntomas en el DSM-IV).

3. Problemas asociados al consumo de alcohol (tipo, número y severidad) medidos por el IPAR, EDP Y ESU.

3.1. Tipo de problema asociado

- 3.1.1. Salud física (p. ej., úlceras, hipertensión, gastritis, insomnio, diabetes, epilepsia, cirrosis, hígado graso, hepatitis, malestares, cansancio).
- 3.1.2. Académico (p. ej., reprobación, inasistencia, retardo, suspensión y expulsión).
- 3.1.3. Familiar-pareja (e. g., discusiones, separación, divorcio)
- 3.1.4. Financieros (p. ej., gastos en exceso).
- 3.1.5. Accidentes (p. ej., caídas, heridas, atropellamientos, amputaciones).
- 3.1.6. Legal (p. ej., acusaciones, arrestos, encarcelamiento, convicto).
- 3.1.7. Laboral (p. ej., ausencias laborales, bajo rendimiento, pérdida de empleo),
- 3.1.8. Cognitivo (p. ej., lagunas mentales, olvidos, confusión, dificultad del pensamiento).
- 3.1.9. Afectivo (p. ej., cambios de humor, emociones desagradables).
- 3.1.10. Interpersonal o social (p. ej., presiones, conflictos con otros, pérdida de amigos).

3.2. Severidad del problema asociado:

- 3.2.1. *Sin problema.*
- 3.2.2. *Un pequeño problema* (estar preocupado al respecto, pero no ha tenido alguna experiencia negativa).
- 3.2.3. *Un problema menor* (ha tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- 3.2.4. *Un problema mayor* (ha tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
- 3.2.5. *Un gran problema* (ha tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

4. Autoeficacia (confianza situacional), medida por el CCCD-A-50.

4.1. Índice de autoeficacia o confianza situacional.

4.1.1. Mucha autoeficacia o confianza (71-100 Pts.).

4.1.2. Moderada autoeficacia o confianza (41-70 Pts.).

4.1.3. Baja autoeficacia o confianza (21-40 Pts.).

4.1.4. Poca autoeficacia o confianza (0-20 Pts.).

5. Situaciones de consumo de alcohol medidas por el ISCD-A-50.

Un efecto de los programas puede medirse en términos de si reducen el consumo excesivo de alcohol en ciertas situaciones, de tal forma que ya no sean de riesgo para el usuario. Por esta razón es que se ha incluido a las situaciones de consumo como variables dependientes.

5.1. Índice de problema

5.1.1. Muy alto riesgo (67-100 pts).

5.2.1. Alto riesgo (34-66 pts).

5.3.1. Riesgo moderado (1-33 pts).

5.4.1. Bajo riesgo (0 pts).

6. Satisfacción con el tratamiento, medida por el CSU.

6.1. Niveles de Satisfacción

6.1.1. Muy satisfecho.

6.1.2. Satisfecho.

6.1.3. Inseguro.

6.1.4. Insatisfecho.

6.1.5. Muy Insatisfecho

7. Satisfacción calidad de vida, medida por el EDP y el ESU.

7.1. Niveles de satisfacción.

7.1.1. Muy satisfecho.

7.1.2. Satisfecho.

7.1.3. Inseguro.

7.1.4. Insatisfecho.

7.1.5. Muy insatisfecho.

5.6. PROCEDIMIENTO

Los estudiantes fueron reclutados para la presente investigación por alguno de los dos siguientes métodos: 1) ya bien fuera que acudieran directamente al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, solicitando directamente servicio al mismo, ó 2) fueran referidos por el área de Prevención de dicho Programa. Paso seguido, se procedió a aplicar la Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP; Quiroga, 2003g) y el entrevistador asignado fue el responsable de realizar la EDP, para lo cual empleó el Instrumento correspondiente (Véase Sección de Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados). La inclusión de los estudiantes a la investigación requería, entre otros requisitos, que cumplieran los criterios para consumo excesivo, abuso o dependencia al alcohol del DSM-IV determinada por la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV. Los criterios de exclusión fueron, entre otros, presentar comorbilidad adictiva a sustancias diferente al alcohol y a la nicotina, enfermedades psiquiátricas tales como psicosis o demencia, deterioro neuropsicológico, una historia de condiciones médicas inestables y daño hepático.

Se entrevistó y evaluó a un total de 94 candidatos que solicitaron ingreso vía teléfono. De estos, 25 (23.5%) no cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión, principalmente porque no satisficieron los criterios de consumo excesivo, abuso o dependencia. Por otro lado, 14 (13.1%) requerían de internamiento, por lo que fueron referidos a programas que incluyeran servicios de desintoxicación, siendo excluidos de la investigación. Por otro lado, 15 (14.1) desertaron durante el periodo entre la fase de evaluación y admisión. Además, 11 (11.3) decidieron, durante la fase de asignación a los programas de tratamiento, que no querían participar en la investigación porque ya no tenían problemas de alcohol. De los 29 (27.2%) restantes, 18 (16.9%) fueron asignados a los tratamientos específicos del modelo y 11 (10.3%) fueron asignados a tratamiento rutinario dentro del programa, pero no fueron considerados en la investigación.

Objetivo de la Evaluación Diagnóstica-Prescriptiva. Esta evaluación se llevó a cabo con el fin obtener la información relevante para realizar la detección, selección y en su caso la derivación terapéutica del estudiante a la modalidad de atención correspondiente (p. ej., “Intervención Breve DIBAEU”, “Tratamiento Breve TAGEU”, “Tratamiento Breve PEREU”) que conforman al modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada”.

En este primer contacto se realizó, al inicio, una breve plática informal de no más de 5 minutos para establecer rapport, dando margen a que el estudiante se relajara. A continuación, se verificó que el estudiante cumpliera con los siguientes criterios iniciales para considerar la evaluación, a saber:

- ✓ Que fuera estudiante de licenciatura o posgrado de la UNAM y reportara consumo excesivo y posible abuso o dependencia al alcohol, con base en los

instrumentos de tamizaje previamente aplicados durante una “plática preventiva” ofrecida por el Área de Prevención del Programa de Conductas Adictivas en Facultades de la UNAM. Si el candidato cumplió con estos dos criterios para la evaluación se procedió a continuar con la Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva.

Por otro lado, en caso de que se hubiera presentado directamente sin haber asistido a las “pláticas preventivas”, en este momento se realizó la valoración para detectar problemas de alcohol por medio de instrumentos de tamizaje. dependiendo de si fue mujer, se aplicó el TWEAK o si fue hombre se aplicó el AUDIT-C. En el caso de que se hubiera detectado consumo excesivo, abuso o dependencia, que no requiriera internamiento, se aplicó el CAGE, en caso de que lo requiriera fue referido al Centro de Servicios Psicológicos de la misma Facultad o a otra institución especializada en el tratamiento de problemas de alcohol.

La EDP contempló recolección de información sobre las siguientes áreas:

1. *Historia de consumo de alcohol.* Se le preguntó al estudiante sobre el promedio de copas estándar consumidas por semana, el número promedio de días de consumo por semana, (frecuencia de consumo) y la cantidad promedio de copas estándar consumidas por día (intensidad de consumo, Babor, Longabaugh, Zweben, Fuller, Stout & Anton, 1994). También se le preguntó sobre el consumo máximo de copas estándar de alcohol en una ocasión de consumo durante el último mes; el tiempo que normalmente utiliza para consumir una copa (intensidad del consumo), el tipo de bebida que normalmente consume y la frecuencia de consumo en forma controlada. Se le preguntó cuándo pierde el control, ¿En qué situaciones lo hace?, si bebe solo o acompañado, si bebe en lugares públicos o en privados.
2. *Consecuencias de la forma de consumo.* Se preguntó sobre los efectos del alcohol en los principales campos de la vida del estudiante: (p. ej., actividades sociales, laborales, financieras, legales, físicas). Aquí fue importante animarlo para que discutiera los efectos sutiles del alcohol, por ejemplo, sentirse cansado por las mañanas, pasar menos tiempo con la familia, dificultad para concentrarse.
3. *Características clínicas que sugieran dependencia severa.* Esta se hizo para distinguir entre los estudiantes que sólo abusan del alcohol y aquellos que tienen una dependencia leve, moderada, sustancial o severa. Esto fue importante porque estos últimos requieren con frecuencia de diferentes enfoques para su atención. Las características clínicas de dependencia severa son las siguientes:
 - (a) *Síntomas del síndrome de abstinencia:* El síndrome de abstinencia del alcohol conocido como delirium tremens (ansiedad, insomnio,

temblores, sudoración, delirios, desorientación, alucinaciones, miedos, agitación, ataques), es la característica clínica más confiable para distinguir entre la dependencia sustancial y severa y los consumidores con abuso, dependencia leve y moderada.

- (b) *Consumo muy elevado (más de 30 copas estándar por semana)*. Se afirma que los usuarios que abusan, y los que tienen dependencia leve y moderada tienden a beber menos que los usuarios que tienen una dependencia sustancial y severa. Sin embargo, no se ha establecido claramente una línea divisoria que sea confiable.
- (c) *Rara vez beben moderadamente (2 o menos copas estándar diariamente, o menos de 12 si se es hombre y 9 si se es mujer, a la semana)*. Los usuarios con dependencia sustancial y severa al alcohol tienden a beber en exceso cada vez que beben. Por otro lado, el bebedor que abusa o el que tiene dependencia leve y moderada, bebe moderadamente en algunas ocasiones.
- (d) *Consecuencias médicas graves*, tal como cirrosis hepática, demencia alcohólica o sangrado son características de la dependencia severa.
- (e) *Consecuencias sociales severas*. Los consumidores que abusan del alcohol o que tienen dependencia leve y moderada, tienden a ser socialmente más estables que los usuarios con dependencia sustancial y severa. Además, experimentan problemas sociales menos severos. Por ejemplo, un consumidor que abusa del alcohol o que tiene dependencia leve o moderada, puede discutir con su pareja u obtener una multa por manejar en estado de ebriedad; mientras que, el usuario con dependencia sustancial y severa probablemente perdió el empleo, ó ya se divorció debido a sus problemas con el alcohol.

4. *Contra indicaciones para consumir alcohol*. El consumo de alcohol puede ser contraindicado o debe ser limitado a pequeñas cantidades en las siguientes condiciones físicas y sociales:

- (a) *Condiciones físicas*. cuando esté presente un embarazo, una úlcera péptica o gástrica activa, cirrosis hepática, hepatitis alcohólica o viral activa y pancreatitis, y deben consumir alcohol con precaución los consumidores que tienen diabetes o que ingieren antidepresivos o sedantes y los que tienen problemas por ataques.
- (b) *Condiciones sociales*. Cualquier circunstancia que tenga consecuencias sociales serias (ejemplo: si la pareja amenaza con la separación, si se repite la intoxicación, por prohibición legal (libertad bajo fianza), es una razón para que el alcohol sea contraindicado.

5. *Historial Adicional*. El abuso de drogas es común, especialmente entre bebedores jóvenes. Las terapeutas preguntaron sobre la ingesta de tranquilizantes prescritos, el uso de derivados de opiáceos, así como sobre el consumo de marihuana, cocaína y heroína, para proceder a contraindicar el

consumo del alcohol.

6. *Historia Familiar de Problemas de Alcohol.* Se indagó el consumo abusivo o dependiente de alcohol en los padres de los participantes. Concretamente, se aplicó a los participantes el Cuestionario del Árbol Familiar (CAF; Quiroga (2003a), traducido y adaptado al español del Family Tree Questionnaire. Assessment of Family History of Alcohol Problems (FTQ, Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985). Además, se hizo una pregunta al respecto incorporada a partir del ASI (ASI; Addiction Severity Index; McLellan et al., 1992) la cual aparece en la EDP.
7. *La historia de síntomas físicos.* El examen físico incluyó, cuando menos, una pregunta sobre sintomatología, presión arterial y exploración física del área hepática. Aún los usuarios jóvenes pueden tener hipertensión inducida por el alcohol, o enfermedad hepática como hígado graso. Los usuarios de más edad, con un historial largo de consumo excesivo, se sometieron a un examen neurológico para excluir la neuropatía periférica, una enfermedad cerebral, o una demencia.
8. *Evaluación de la dependencia.* Se aplicaron dos instrumentos que permitieron valorar las consecuencias del abuso de alcohol. En particular se midieron los elementos del síndrome de dependencia sugeridos por Edwards y Gross (1976). Para determinar la modalidad de atención, de acuerdo al tipo de bebedor: bebedor con abuso y dependencia leve, dependencia moderada, y dependencia sustancial y severa, se utilizó la “Escala de Dependencia al Alcohol” EDA y el SCID-VA del DSM IV (Véase Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de resultados), los cuales cuentan con características psicométricas satisfactorias.
9. *Evaluación neuropsicológica.* Otro aspecto a considerar, es la valoración de aquellos usuarios de alcohol en los que se sospecha el daño cerebral, ó de incapacidad neuropsicológica. La incapacidad neuropsicológica es una consecuencia del consumo abusivo y prolongado de alcohol entre personas con dependencia severa. Aunque varios estudios han mostrado una recuperación de funciones cerebrales en ciertas tareas después de períodos largos de abstinencia; otros estudios han encontrado que las personas que abusan del alcohol por largo tiempo, no recuperan las funciones cognitivas (por ejemplo, tienen dificultad de concentración). La prueba que se empleó para estos fines fue la Prueba de Pistas partes A y B (Trail Making Test) de la Batería Halstead-Reitan (Véase Tabla 2. Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados).

Selección del tratamiento específico: Con base en la información obtenida con la EDA y el SCID-VA del DSM IV, se determinó si el estudiante era un consumidor excesivo, abusador, con dependencia leve, con dependencia moderada,

con dependencia sustancial o con dependencia severa, para que en conjunción con otros aspectos (p. ej., patrones de consumo, problemas relacionados al consumo, metas) y al juicio clínico, referirlo al tratamiento específico adecuado (p. ej. “Intervención Breve DIBAEU, “Tratamiento Breve TAGEU”, “Tratamiento Breve PEREU”).

La EDP permitió referir al estudiante al tratamiento específico correspondiente y se le explicaron las características de éstos. Si el estudiante aceptó conocer el tratamiento específico en cuestión se le entregó el Formato de Consentimiento Informado (FCI) correspondiente (Véase instrumentos de evaluación diagnóstica y de resultados) para que lo revisara y firmara. Este formato señaló la confidencialidad de los datos del estudiante, el número de sesiones de terapia, el número de seguimientos, así como la solicitud del nombre de una persona que serviría como su colateral). Enseguida se le invitó a la sesión inicial de la modalidad en cuestión, informándole que esa duraría 50 minutos, aproximadamente.

Durante la Evaluación Diagnóstica-Prescriptiva el entrevistador propició una atmósfera de tranquilidad y confianza con el estudiante para que se facilitara la obtención de la información. Desde un principio, el entrevistador se mostró comprensivo y solícito a fin de convertirse en una fuente de reforzamiento social y así lograr su cooperación. Durante dicha sesión, el entrevistador le pidió al estudiante que expusiera el motivo que lo condujo a buscar ayuda, explorando los antecedentes del problema, sus relaciones familiares, escolares y sociales. Exploró las actitudes que tenía el estudiante hacia la droga de preferencia, tratando de determinar el grado de conocimiento que tenía sobre los efectos que produce dicha sustancia, a diversos niveles (p. ej., personal, social, económico); se trataron de fortalecer aquellos aspectos en que el alcohol tenía repercusiones, al tiempo que se eliminaron mitos acerca de éste. En resumen, se estableció un clima de confianza que favoreció que el estudiante pudiera expresar mejor su problema de consumo de alcohol, a que fuera una parte activa en la relación terapéutica, y a que siguiera las indicaciones que le dio el entrevistador.

Planteamiento del Problema o Situación que se instrumentó durante la Evaluación Diagnóstico-Prescriptiva:

- 1) *Planteamiento del problema y situación.* Durante la Fase de Evaluación Diagnóstica Prescriptiva el entrevistador exploró en qué consistía el problema de consumo de alcohol y la situación bajo la cual ocurría. En un principio, evaluó el grado en que el estudiante era capaz de plantear su problema de consumo de una manera objetiva y con los elementos suficientes que permitieran una adecuada definición conductual del mismo y de la situación correspondiente. Una vez evaluada, se pasó a la especificación, en términos objetivos, de cuál era el patrón de consumo: frecuencia, cantidad, intensidad, duración, así como de las circunstancias en las cuales el problema se inició y se mantenía en la actualidad, incluyendo las circunstancias que acontecían, después de que se presentaba el

problema. Además, se determinó también si el problema había aumentado gradualmente desde su inicio, ó si había tenido altibajos en su intensidad y bajo diferentes condiciones. También se exploró (en caso de que esto fuera factible) a las personas involucradas en el problema, el tipo de interacción que tenían con el estudiante y la disposición o interés por participar en su solución. Cuando el planteamiento se dio con estos tres elementos (antecedentes, respuesta y consecuentes) y el estudiante era capaz de describir su consumo de alcohol bajo este esquema, se consideró que el problema de consumo había quedado planteado de manera adecuada.

- 2) *Descripción de los tratamientos específicos.* Concretamente, el terapeuta le describió al estudiante las diversas alternativas terapéuticas con que contaba el modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada (p. ej., “Intervención Breve DIBAEU”, “Tratamiento Breve TAGEU”, Tratamiento Breve PEREU”). Para lo cual, se utilizó un diagrama correspondiente, el cual estaba colocado permanentemente en una pared, permitiendo visualizar y resumir, claramente, los principales elementos terapéuticos en cada una de ellas. Esto ayudó a que el(la) estudiante las tomara en consideración a fin de que eligiera cuál de ellas tomar, con base a sus repertorios conductuales, necesidades, implicaciones, tiempo disponible, interés, motivación, metas, etc.).
- 3) *Firma del consentimiento informado.* A continuación, el entrevistador le pidió al estudiante su consentimiento informado para ingresar al programa específico en cuestión previa lectura de dicho formato (Véase el Anexo 2: "Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados") en donde expresó por escrito su acuerdo para recibir el tratamiento específico y para permitir que se realizaran visitas de seguimiento encausadas a medir el impacto de la atención. Asimismo se le ratificó verbalmente al estudiante, que el tratamiento era voluntario; es decir, que dependía de él asistir regularmente y que si por alguna razón deseaba suspenderlo, estaría en libertad de hacerlo, pero debería informar su decisión al terapeuta. El formato lo firmó el estudiante y el terapeuta, un testigo, y en su caso, los familiares. La forma ya firmada, se anexó al expediente del estudiante.

Es importante mencionar que como parte de la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva, se cuenta con las Formas de Criterios de Inclusión-Exclusión para cada uno de los tres programas específicos que conforman el Modelo (Véase Tabla 2 Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados), los cuales son llenados por el terapeuta al terminar la Entrevista con la información recolectada durante la sesión. Estas formas permiten identificar con claridad si el estudiante cubre con los criterios de inclusión para el “modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol”.

Resumiendo, las actividades realizadas durante la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva fueron:

- ✓ Recepción del candidato.

- ✓ Análisis del motivo de consulta.
- ✓ Recolección de información a través de la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva:
 - Características sociodemográficas y status residencial.
 - Salud física.
 - Situación laboral.
 - Historia del consumo de alcohol.
 - Características clínicas que sugieran dependencia sustancial o severa.
 - Contraindicaciones para consumir alcohol.
 - Historia de consumo de tabaco y otras drogas psicoactivas, violencia familiar.
 - Consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol.
- ✓ Aplicación de los cuestionarios TWEAK ó AUDIT-C, en caso de que no se hubieran aplicado en una “Plática-Debate” Preventiva.
- ✓ Aplicación del cuestionario para detectar abuso o dependencia CAGE, en caso de que no se hubieran aplicado en una “Plática-Debate” Preventiva.
- ✓ Aplicación de la Escala de Dependencia al Alcohol EDA.
- ✓ Aplicación del SCID-VA.
- ✓ Aplicación del Cuestionario del Árbol Familiar para determinar Problemas de Alcohol CAF.
- ✓ Aplicación del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR).
- ✓ Aplicación de la Prueba de Pistas PDP.
- ✓ Aplicación de la LIBARE-A.
- ✓ Aplicación del Inventario de Depresión de BECK (BDI).
- ✓ Aplicación del Inventario de Ansiedad de BECK (BAI).
- ✓ Aplicación de la Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión (FCIE-DIBAEU); ó
- ✓ Aplicación de la Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión (FCIE-TAGEU); ó
- ✓ Aplicación de la Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión (FCIE-PEREU).
- ✓ Explicación de las características del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol.
- ✓ Entrega y firma del Formato de Consentimiento Informado correspondiente (FCI-DIBAEU, FCI-TAGEU ó FCI-PEREU).

Aplicación de los programas de tratamiento específicos. Todos los estudiantes participantes recibieron sesiones semanales de intervención y tratamiento con base en manuales altamente estructurados. Cada una de Las sesiones de tratamiento tuvo una duración aproximada de 50 minutos. Una vez determinada la alternativa más adecuada, se llevó a cabo la aplicación de la misma, de acuerdo a los procedimientos específicos establecidos para cada una de ellas en las “Guías de los Programas de Tratamiento Específico del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada” que se encuentran en el Anexo 3.

A todos los estudiantes se les solicitó que diariamente registraran su consumo de alcohol y que trajeran dichos registros a las sesiones. El siguiente consejo de consumo de bajo riesgo se les proporcionó a los estudiantes durante la primera sesión: (1) si consumen alcohol diariamente, no consuman más de 3 copas estándar

(Babor et al., 1987; Catarino, 1992); (2) No consuman más de 4 días a la semana (Sánchez-Craig, 1986); y nunca consuman alcohol en situaciones de alto-riesgo. Los estudiantes que seleccionaron una meta de reducción del consumo tuvieron que especificar los límites de cantidad y frecuencia de consumo en su establecimiento de metas que llevaron a cabo antes de la primera sesión.

Los tres tratamientos específicos fueron administrados por tres terapeutas con nivel de licenciatura en psicología clínica. Todas contaban con experiencia en la aplicación de dichos tratamientos y fueron supervisadas por un maestro en psicología con experiencia en la supervisión y aplicación íntegra y fiel de los mismos con base en manuales estandarizados (Quiroga & Cabrera, 2003a; Quiroga & Montes, 2003; y Quiroga & Vital, 2003f).

Monitoreo y Evaluación. Esta etapa se refiere, a que el terapeuta supervisó y evaluó si la modalidad de atención aplicada al estudiante resultó efectiva para solucionar su problema de consumo de alcohol correspondiente. En caso de que fracasara se analizó de nuevo la situación problemática, identificando y analizando el nuevo tratamiento específico, con base al enfoque de atención escalonada y las demás estrategias de igualación cliente-tratamiento consideradas por el Modelo. El algoritmo de atención escalonada del modelo aquí propuesto para el tratamiento de los problemas de alcohol tiene la estructura de la FIGURA 1.

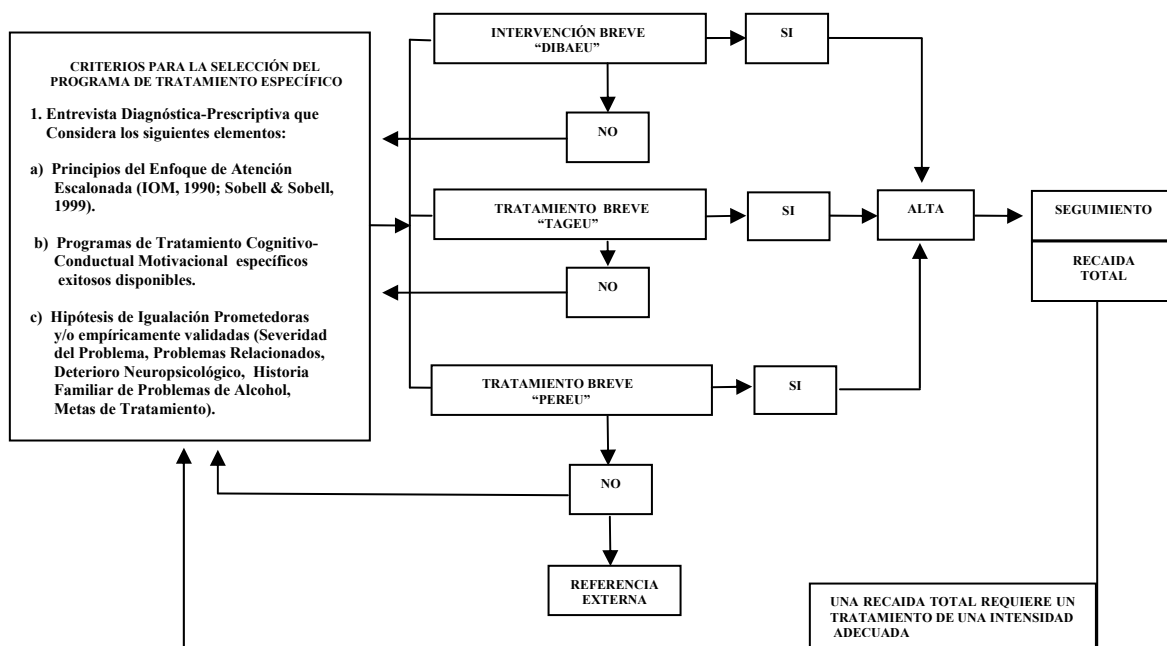


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (Quiroga, 2003p).

Tal y como se presenta en dicha figura, los programas específicos de tratamiento fueron seleccionados y secuenciados en consistencia con los tres principios fundamentales del cuidado de la salud (M. B. Sobell & Sobell, 1999a, 2000) que hacen referencia a los recursos terapéuticos disponibles, al estado del arte de los tratamientos y a la intensidad de los mismos, conjuntamente con los hallazgos de la hipótesis de igualación relacionados con la severidad del problema de alcohol, patrón de consumo, metas de tratamiento, otros problemas subyacentes al consumo, deterioro neuropsicológico y otros factores de riesgo, considerados por los perfiles de usuarios diseñados con base en los criterios de inclusión/exclusión establecidos por los programas específicos considerados y con el apoyo del juicio clínico. De esta manera, los estudiantes que durante la evaluación diagnóstica-prescriptiva presentaron abuso y dependencia leve al alcohol, y demás factores de riesgo, fueron seleccionados al programa específico "DIBAEU", en tanto que aquellos que presentaron dependencia moderada, y demás factores de riesgo, fueron seleccionados al programa específico "TAGEU", finalmente, aquellos estudiantes que presentaron problemas de alcohol sustanciales o severos", y que por lo tanto, ya eran dependientes graves al mismo, conjuntamente con otros factores de riesgo, fueron seleccionados al programa específico "PEREU".

Una serie de consideraciones se llevaron a cabo para la toma de decisiones sobre una serie de aspectos críticos del diseño de la presente investigación. Cada elección implicó la consideración de ventajas y desventajas teóricas, metodológicas y/o prácticas. Las decisiones críticas se refirieron a las estrategias de igualación, la selección de los tratamientos, contenido de los tratamientos, tipo y número de los tratamientos específicos y longitud de las evaluaciones de seguimiento.

Estrategias de igualación. Aún cuando se sabe que diversas estrategias de igualación resultan apropiadas para la investigación de la igualación cliente-tratamiento (IOM, 1989), se consideró conveniente seleccionar las estrategias guiadas por los "enfoques de atención escalonada"; por las "hipótesis derivadas teóricamente"; por la "auto-selección de los clientes", y por el "juicio clínico", considerando que estas se correspondían, puntualmente, con uno de los objetivos de la investigación, a saber: Evaluar la eficacia clínica de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (Quiroga, 2003p) y que por otro lado, cuenta con la ventaja de cubrir un amplio espectro de sub-grupos de estudiantes con problemas de alcohol.

Selección de los tratamientos. La selección de los tratamientos específicos que integraron el Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada a evaluar en la presente investigación, requirió de decisiones que consideraran el tipo (psicosocial versus farmacoterapia) así como del número y contenido de los tratamientos que serían empleados. Aún cuando existe un número de agentes

farmacológicos que han mostrado resultados prometedores en el tratamiento del alcoholismo (p. ej., naltrexona, acamprosato, disulfiram), tales agentes son empleados normalmente como coadyuvantes de otras formas de intervención (Kranzler, 2000) más que como modalidad de tratamiento primaria o exclusiva. Además, el añadir una condición de droga activa a otros tratamientos, implica otras cuestiones metodológicas, tales como la necesidad de incluir un grupo placebo de comparación, y en consecuencia, duplicar el tamaño de la muestra. De igual manera, la administración de un agente farmacológico requiere de la participación de personal médico, lo cual impone restricciones a la población muestreada al tener que excluirse a participantes potenciales que no son aptos para tomar el medicamento. Finalmente, considerando que los programas iban a ser aplicados, básicamente por personal del área de psicología con base a programas derivados de la psicología cognitivo-conductual y motivacional, estas consideraciones entre otras, llevaron a centrarse en tratamientos de tipo psicosocial lo cuales, por otro lado, han sido recomendados dentro de la investigación de igualación debido a su efectividad, potencialidad para efectos de igualación y a su carácter práctico (Véase a Longabaugh, Wirtz, DiClemente & Litt., 1994; Donovan, Kadden, DiClemente, Carroll, Longabaugh et al., 1994).

Contenido de los tratamientos. Una de las decisiones más críticas de la presente investigación se relacionó con el contenido de los tratamientos específicos. Diversos criterios se emplearon para su selección, a saber: (1) estar basados en enfoques cognitivo-conductuales motivacionales; (2) poseer evidencia empírica de su eficacia clínica; (3) poseer ingredientes terapéuticos con suficiente especificidad y mensurabilidad; (4) tener potencialidad para una igualación cliente-tratamiento, o que ya incorporaran dentro de su perfil, a nivel de criterios de inclusión/exclusión, a diversas variables relativas a la hipótesis de igualación (p. ej., severidad de los problemas de alcohol, problemas asociados, patrones de consumo, metas de tratamiento, deterioro neuropsicológico) que hubieran demostrado tener efecto sobre los resultados de tratamiento; (5) estar actualmente instrumentándose dentro del actual sistema de atención universitario de programas y centros de servicios de la UNAM, (6) estar dirigidos a estudiantes universitarios con problemas de alcohol a nivel licenciatura o posgrado; y (7) estar manualizados, de tal forma que probabilizaran la integridad y fidelidad en su aplicación.

Tipo y número de tratamientos específicos. Diversas consideraciones teórico prácticas advirtieron que no más de tres tratamientos podrían manejarse de una manera realista dentro de la presente investigación. Un número de enfoques no fueron considerados por razones prácticas (p. ej., terapia familiar) o teórico-prácticas (p. ej., farmacoterapia), quedando siete candidatos a considerar: (1) la “Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas” (Martínez, 2003); (2) la “Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve al Alcohol” (DIBAEU; Quiroga & Cabrera, 2003a), (3) la “Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema” (Ayala, Echeverría, Galván & Martínez, 2002); (4)

el “Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada” (TAGEU; Quiroga & Montes, 2003), (5) la “Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol” (PEREU; Quiroga & Vital, 2003f), (6) el “Enfoque de Reforzamiento Comunitario para Consumidores Crónicos de Alcohol y Usuarios de Drogas” (CRA; Barragán, Morales & Ayala, 2003) y (7) el “Modelo Cognitivo Conductual, Multimodal de Amplio Espectro para el Tratamiento de Problemas de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Estudiantes y Trabajadores Universitarios” (Quiroga, Mata & Montes, 2003). Cada uno de estos siete tratamientos fue formalmente evaluado empleando los siete criterios de selección antes señalados. Aunque ninguno de los tratamientos cumplió a plenitud con todos los criterios, los tres tratamientos que resultaron más adecuados fueron la DIBAEU, el TAGEU y la PEREU.

Longitud de los seguimientos. Al considerar el diseño general de la investigación y la naturaleza de los instrumentos de evaluación de resultados empleados, se analizó el número y temporalidad que deberían tener las evaluaciones de seguimiento. Conociendo que las sesiones de evaluación frecuentes tienen la ventaja de producir más información del curso de la respuestas de los tratamientos y de que pueden facilitar la participación continua en la investigación, debido a que es más fácil localizar a los clientes cuando los intervalos entre las evaluaciones son cortos, así como de que evaluaciones frecuentes de los resultados llevadas a cabo durante un largo periodo de tiempo permiten una mayor flexibilidad de comparar los resultados con otros estudios, se decidió incluir cuatro evaluaciones de seguimiento a realizarse al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses. Estos se iniciarían al finalizar los periodos de tratamiento correspondientes y finalizarían un año después. Se consideró que dichos periodos constituirían un marco de tiempo dentro del cual los eventos a registrar permanecerían relativamente salientes en la memoria. Este esquema de evaluaciones de seguimiento, es acorde con otras investigaciones de resultados de tratamiento, que tiende a reportar resultados a los 6 o 12 meses, después del tratamiento. Las sesiones de seguimiento fueron de lo más comprehensiva posible, incluyendo la información de las entrevistas de los informantes colaterales.

Una vez que se seleccionó el tratamiento específico en cuestión, que de acuerdo al modelo fue el programa “DIBAEU”, “TAGEU” y “PEREU”, y se obtuvo la colaboración del estudiante, el empleo del enfoque de atención escalonada se realizó de una manera directa. Las decisiones de tratamiento específico secuencial se vincularon con base en los anteriores lineamientos, y los marcadores para el cambio de tratamiento fueron los criterios de ejecución (consumo excesivo de alcohol a la semana o por ocasión de consumo) determinados empíricamente en una investigación previa de Breslin et al. (1997). Esto es, se aplicó el tratamiento específico, incluyendo el monitoreo del estado del estudiante. Cuando se observó una adecuada respuesta al tratamiento (ausencia de consumo excesivo) se continuó con el mismo hasta que su mejoría llegó a un estado de resolución del problema y el

resultado aparentó estabilidad. Por otro lado, se suspendió si la respuesta al tratamiento no fue adecuada (consumir más de 12 copas a la semana durante el periodo comprendido entre la sesión de evaluación y la tercera sesión de tratamiento si era hombre y más de 9 si era mujer, o 5 o más copas por ocasión si era hombre o 4 o más si era mujer), seleccionándose otro tratamiento por medio del mismo método de igualación que se empleó inicialmente. De esta manera, la atención escalonada y la igualación cliente-tratamiento fueron de la mano.

5.7. SEGUIMIENTO

El seguimiento consistió en el contacto individual a intervalos regulares, sistematizados y estructurados posteriores al tratamiento”, realizado fundamentalmente con el fin de obtener información relativa al cambio en el patrón de consumo y los problemas relacionados con éste. En consecuencia, se realizó el seguimiento con base en los cuestionarios e instrumentos de evaluación correspondientes dentro de un periodo de 12 meses, estableciendo intervalos de uno, tres, seis y doce meses.

5.7.1. MEDIDAS OBTENIDAS DURANTE EL SEGUIMIENTO. La evaluación completa de la situación actual respecto a la ingesta de alcohol del usuario, involucró varias dimensiones. Las dimensiones que guiaron la evaluación dentro del seguimiento fueron:

- *Frecuencia, cantidad e intensidad de consumo:* Un instrumento útil para la evaluación de este rubro, fue la “Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A) (Véase Tabla 2 Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados)”. La información obtenida con la LIBARE-A fue corroborada con la entrevista al colateral que conocía sobre la problemática del estudiante (p. ej., padres, amigos, compañeros de cuarto), con su autorización. El 50% de los colaterales fueron familiares, un 33% fueron amigos, y un 17% fueron compañeros de cuarto).
- *Necesidad o urgencia de beber:* La revisión de este punto, proporcionó claves para identificar y prevenir las posibles recaídas.
- *Análisis de síntomas y consecuencias asociados:* El indagar sobre los *síntomas y consecuencias* permitió comparar el avance del usuario antes, durante y después del tratamiento.
- *Severidad de la dependencia:* Una medida que se empleó para valorar el grado de dependencia fue la EDA y el SCDI-VA del DSM-IV (Véase Tabla 2 Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados).
- *Valoración de problemas relacionados (p. ej., ansiedad, depresión, problemas familiares, maritales, dificultades económicas, e insomnio):* Este rubro fue

evaluado a través del BDI, el BAI, el índice de Problemas de Alcohol Rutgers IPAR y por reactivos de la entrevista de seguimiento (Véase Tabla 2 Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados), la cual incluyó una serie de preguntas que se retoman de la entrevista diagnóstica-prescriptiva que se aplica en la sesión de evaluación.

5.7.1. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SEGUIMIENTO. Se efectuaron cuatro seguimientos, los cuales se programaron al mes, tres, seis y doce meses después de haber finalizado el tratamiento.

- En los **seguimientos de 1 y 3 meses** el usuario tuvo una plática con el terapeuta, a fin de revisar su auto-reporte de consumo, las estrategias utilizadas y resolución de dudas. Se aplicó la Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A) del último mes y de los últimos 3 meses, respectivamente y la Entrevista de Seguimiento del Colateral (ESC).
- Durante el **seguimiento de 6 meses** se aplicó la Línea Base Retrospectiva de Alcohol (LIBARE-A) de los últimos seis meses, el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50), el Cuestionario de Confianza de Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50), la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y la Entrevista de Seguimiento para el Colateral (ESC). (Ver Tabla 2. Instrumentos de Evaluación). Además, se hizo una revisión con el usuario de las estrategias que utilizó y los obstáculos que enfrentó a lo largo de este periodo.
- En el **seguimiento de 12 meses**, se aplicó la Línea Base Retrospectiva de Alcohol (LIBARE-A) de los últimos 12 meses, el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50), el Cuestionario de Confianza de Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50), la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), el Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU) y la Entrevista de Seguimiento para el Colateral (ESC). (Ver Tabla 2. Instrumentos de Evaluación Diagnóstica y de Resultados). Además, se hizo una revisión con el usuario de las estrategias que utilizó y los obstáculos que enfrentó a lo largo de este periodo.

ANÁLISIS DE DATOS

Los efectos de los tratamientos específicos del modelo en general se determinaron mediante una serie de indicadores sobre el consumo de alcohol (p. ej., frecuencia, cantidad, intensidad) y tipos de problemas relacionados con el consumo de alcohol (p. ej., académicos, salud, familiares, personales, sociales, conductuales, financieros). Estos indicadores en cada participante se compararon con las fases de Línea Base, Tratamiento y Seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, en el caso de los patrones de consumo, y a los seis meses y al año, en el caso de los problemas relacionados con el consumo.

Así por ejemplo, con respecto al consumo de alcohol, se determinaron los distintos patrones de consumo, a través de la medición de la frecuencia o número de días a la semana en que se informó consumir alcohol, de la cantidad o número de copas estándar de alcohol reportadas como consumidas por ocasión y de la cantidad o número de copas estándar de alcohol reportadas consumidas a la semana.

Para evaluar el impacto de los tratamientos específicos sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol que los participantes identificaron como consecuencia de dicho patrón, estos abarcaron los siguientes aspectos específicos: incumplimiento académico, peleas o riñas, malestar emocional, aislamiento social, abstinencia y tolerancia al alcohol, falta de control conductual e insuficiencia financiera. Se compararon los porcentajes que se obtuvieron al inicio de las intervenciones y en las fases de seguimiento a los seis meses y al año.

Siguiendo el orden de los propósitos establecidos en la presente investigación se describen y analizan, en primer término, los datos correspondientes a la investigación de la hipótesis de igualación “historia familiar de problemas de alcohol” sobre los resultados del modelo cognitivo-conductual motivacional para la atención escalonada de estudiantes universitarios con problemas de alcohol aquí propuesto. Para lo cual, primero se efectuó una comparación general entre los patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo entre el grupo sin historia familiar de problemas de alcohol (G-SHFPA) conformado, para fines de análisis, por los nueve estudiantes de los tres sub-grupos sin historia familiar de problemas de alcohol (1A-SHFPA, 2A-SHFPA Y 3A-SHFPA) y el grupo con historia familiar de problemas de alcohol (G-CHFPA), integrado por los nueve estudiantes de los tres sub-grupos con historia familiar de problemas de alcohol (1B-CHFPA, 2B-CHFPA y 3B-CHFPA), comparándose los datos de la línea base con los datos del tratamiento y los datos de la línea base con los datos de los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año en el caso de los patrones de consumo y entre la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año en el caso de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Paso seguido, se efectuó una comparación específica entre cada uno de los sub-grupos de tres estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol con cada uno de los sub-grupos de tres estudiantes con historia familiar de problemas de alcohol respectivamente (1A-SHFPA vs. 1BHFP, 2A-SHFPA vs. 2BHFP Y 3A-SHFPA vs. 3B-CHFPA) que participaron en cada uno de los tres programas de tratamiento específicos (DIBAEU, TAGEU Y PEREU), comparándose los datos de la línea base con los datos del tratamiento y los datos de la línea base con los datos de los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año en el caso de los patrones de consumo y entre la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año en el caso de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Los participantes fueron considerados con historia familiar de problemas de alcohol (CHFPA) si alguno de sus padres biológicos presentaba actualmente o presentó en el pasado algún problema de alcohol de suficiente severo para requerir tratamiento. Por otro lado, los participantes fueron considerados sin historia familiar de problemas de alcohol (SHFPA) si ninguno de sus padres biológicos cumplía actualmente o no cumplió en el pasado con dicho criterio.

En segundo término, se describen y analizan los datos correspondientes a la evaluación de la eficacia clínica general y específica del modelo-cognitivo-conductual motivacional para la atención escalonada de estudiantes universitarios con problemas de alcohol aquí propuesto. Para lo cual, se efectuó un análisis de los efectos de cada uno de los tres programas específicos de intervención y tratamiento que componen el modelo (DIBAEU, TAGEU Y PEREU) en lograr reducir los patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo en cada uno de los 18 estudiantes participantes con y sin historia familiar de problemas de alcohol en los seis sub-grupos considerados, comparándose los datos de la línea base con los datos del tratamiento y los datos de la línea base con los datos de los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año en el caso de los patrones de consumo y entre la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año en el caso de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Los análisis estadísticos de los efectos de la historia familiar de problemas de alcohol sobre los resultados generales y específicos del modelo cognitivo-conductual motivacional para la atención escalonada entre los grupos y sub-grupos de estudiantes universitarios con problemas de alcohol aquí propuesto, en términos de los patrones de consumo, fueron realizados con la prueba *t* de muestras independientes del paquete SPSS (versión 13.0). Por otro lado, los problemas relacionados con el consumo de alcohol fueron evaluados durante los seguimientos efectuados a los 6 y 12 meses por medio del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) y la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), debido a que en el IPAR se evalúan los seis meses previos y en la EDA los últimos 12 meses, pues no se espera que ocurran cambios inmediatos a consecuencia de la intervención o el tratamiento.

La confiabilidad de los autoreportes de los estudiantes y sus colaterales

correspondientes al seguimiento anual se obtuvo por medio del coeficiente de correlación de Pearson (r), empleándose para su interpretación los rangos recomendados por Cicchetti (1994): menos de .40 = deficiente, .de 40 a 59 = regular; .de 60 a .74 = buena; y de .75 a 1.0 = excelente. De esta manera se determinaron correlaciones para las medidas correspondientes a los patrones de consumo (frecuencia semanal, cantidad de consumo por ocasión y cantidad de consumo semanal) y problemas relacionados con el consumo.

Finalmente, los análisis estadísticos sobre la eficacia específica de los programas de tratamiento (DIBAEU, TAGEU y PEREU) que conforman el modelo de atención escalonada aquí propuesto en los sub-grupos sin y con historia familiar de problemas de alcohol, fueron realizados comparando las diferencias de medias de los datos correspondientes a la cantidad de copas estándar consumidas por ocasión, con la prueba t de muestras relacionadas, del paquete SPSS (Versión 13).

RESULTADOS

7.1. INVESTIGACIÓN DE LA HIPÓTESIS DE IGUALACIÓN HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL SOBRE LOS RESULTADOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL MOTIVACIONAL DE ATENCIÓN ESCALONADA PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL

Resultados de la comparación general

Los resultados de la comparación general entre el grupo sin historia familiar de problemas de alcohol (G-SHFPA), conformado por los nueve estudiantes participantes de los tres sub-grupos sin historia familiar de problemas de alcohol (1A-SHFPA; 2A-SHFPA Y 3A-SHFPA) y el grupo con historia familiar de problemas de alcohol (G-CHFPA), conformado por los nueve estudiantes participantes de los tres sub-grupos con historia familiar de problemas de alcohol (1B-CHFPA; 2B-CHFPA y 3B-CHFPA), en las tres medidas correspondientes a los patrones de consumo, a saber: (1) frecuencia de consumo semanal de alcohol (número de días a la semana en que se consumió alcohol); (2) cantidad de consumo de alcohol por ocasión (número de copas estándar de alcohol consumidas en cada ocasión de consumo); y (3) la cantidad de consumo semanal de alcohol (número de copas estándar de alcohol consumidas a la semana) fueron los siguientes:

(1) Resultados de la frecuencia de consumo semanal de alcohol

El G-SHFPA reportó los siguientes números promedio de días de consumo semanal de alcohol durante las condiciones de línea base, tratamiento, seguimientos al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, respectivamente: 3.03, 2.52, 2.23, 2.22, 2.24 y 2.42 días. En tanto que el G-CHFPA reportó los siguientes números promedio, respectivamente: 2.99, 2.89, 2.53, 2.42, 2.47 y 2.62 días, observándose diferencias promedio entre ambos grupos de 0.04, 0.37, 0.30, 0.20, 0.23 y 0.20 días, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos grupos por medio de la prueba t de muestras independientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en términos de la frecuencia de consumo semanal de alcohol durante la línea base ($\bar{X} = 3.03$, $DE = 0.24$) > ($\bar{X} = 2.99$, $DE = 0.12$), $t(132) = 1.34$, $p = .18$, pero si al compararse los datos reportados en la línea base con los reportados al finalizar el tratamiento ($\bar{X} = 2.52$, $DE = 0.50$) < ($\bar{X} = 2.89$, $DE = 0.32$), $t(72) = -4.02$, $p = .00$ y en los datos reportados durante la línea base y los reportados en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 2.23$, $DE = 0.42$) < ($\bar{X} = 2.53$, $DE = 0.50$), $t(76) = -2.87$, $p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 2.22$, $DE = 0.41$) < ($\bar{X} = 2.42$, $DE = t(145) = -2.64$, $p = .00$, a los seis

meses ($\bar{X} = 2.24, DE = 0.43$) $<$ ($\bar{X} = 2.47, DE = t(222) = -3.58, p = .00$ y al año ($\bar{X} = 2.42, DE = 0.52$) $<$ ($\bar{X} = 2.62, DE = t(484) = -4.10, p = .00$ (Véase TABLA 3 y Gráfica 1 de la FIGURA 2).

(2) Resultados de la cantidad de consumo de alcohol por ocasión

El G-SHFPA reportó los siguientes números promedio de copas estándar de consumo de alcohol por ocasión durante las condiciones de línea base, tratamiento, seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, respectivamente: 7.54, 3.57, 3.33, 2.83, 2.98 y 3.48 copas. En tanto que el G-CHFPA reportó los siguientes números promedio, respectivamente: 8.03, 3.54, 3.33, 3.15, 3.20 y 3.45 copas; encontrándose diferencias promedio entre ambos grupos de 0.49, 0.03, 0.00, 0.32, 0.22 y 0.03 copas, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos grupos, se detectaron diferencias estadísticamente significativas al compararse el número de copas por ocasión de consumo reportadas durante la línea base ($\bar{X} = 7.54, DE = 1.97$) $<$ ($\bar{X} = 8.03, DE = 1.55$), $t(410) = -2.89, p = .00$, mas no al finalizar el tratamiento ($\bar{X} = 3.57, DE = 0.58$) $>$ ($\bar{X} = 3.54, DE = 0.56$), $t(217) = -0.40, p = .68$ ni en el seguimiento efectuado al mes ($\bar{X} = 3.33, DE = 0.60$) $=$ ($\bar{X} = 3.33, DE = 0.70$), $t(183) = 0.03, p = .97$, pero sí en los seguimientos efectuados a los tres meses ($\bar{X} = 2.83, DE = 0.98$) $<$ ($\bar{X} = 3.15, DE = t(299) = -3.63, p = .00$ y a los seis meses ($\bar{X} = 2.98, DE = 0.79$) $<$ ($\bar{X} = 3.20, DE = t(532) = -3.60, p = .00$, pero no al año ($\bar{X} = 3.48, DE = 0.55$) $>$ ($\bar{X} = 3.45, DE = t(1207) = 0.87, p = .38$ (Véase TABLA 3 y Gráfica 2 de la FIGURA 2).

(3) Resultados de la cantidad de consumo semanal de alcohol

El G-SHFPA reportó los siguientes números promedio de copas estándar de alcohol consumidas a la semana durante las condiciones de línea base, tratamiento, seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, respectivamente: 22.70, 10.52, 7.38, 6.66, 6.84 y 8.44 copas. En tanto que el G-CHFPA reportó los siguientes números promedio, respectivamente: 24.00, 11.98, 8.58, 7.91, 7.91 y 9.07 copas, observándose diferencias promedio entre ambos grupos de 1.30, 1.46, 1.20, 1.25, 1.07 y 0.63 copas, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos obtenidos con ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de consumo semanal de alcohol reportada durante la línea base ($\bar{X} = 22.70, DE = 6.52$) $<$ ($\bar{X} = 24.00, DE = 4.75$), $t(120) = -1.31, p = .19$ ni al compararse los datos reportados al finalizar el tratamiento ($\bar{X} = 10.52, DE = 5.06$) $<$ ($\bar{X} = 11.98, DE = 4.52$), $t(84) = -1.42, p = .15$, pero si al compararse los datos reportados en la línea base con los datos de los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 7.38, DE = 1.93$) $<$ ($\bar{X} = 8.58, DE = 2.39$), $t(74) = -2.46, p = .01$, a los tres meses ($\bar{X} = 6.66, DE = 2.34$) $<$ ($\bar{X} = 7.91, DE = 2.58$), $t(148) = -3.12, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 6.84, DE = 2.50$) $<$ ($\bar{X} = 7.91, DE = 2.71$), $t(228) = -3.11, p = .00$ y al año ($\bar{X} = 8.44, DE = 2.57$) $<$ ($\bar{X} = 9.07, DE = 2.65$), $t(484) = -2.67, p = .00$ (Véase TABLA 3 y Gráfica 3 de la FIGURA 2).

(4) Resultados de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (IPAR y EDA)

El G-SHFPA reportó en la aplicación del IPAR, los siguientes números promedio de problemas relacionados con el consumo de alcohol, mientras se encontraban consumiendo alcohol o como resultado de haberlo ingerido durante las condiciones de línea base, seguimiento a los seis meses y al año, respectivamente: 10.4, 3.1 y 3.4 problemas, respectivamente. En tanto que el G-CHFPA reportó los siguientes números promedio: 11.1, 3.2 y 4.0 problemas, respectivamente, detectándose diferencias promedio entre ambos grupos de 0.7, 0.1 y 0.6 problemas, respectivamente (Véase TABLA 3 y Gráfica 4 de la FIGURA 2).

Por otro lado, el G-SHFPA obtuvo en la aplicación de la EDA los siguientes puntajes promedio con respecto a los últimos 12 meses, durante las condiciones de línea base, seguimiento a los seis meses y al año, respectivamente: 14.2, 3.3, y 3 puntos. En tanto que el G-CHFPA reportó los siguientes números promedio: 15.2, 3.6 y 3.2 puntos, respectivamente, detectándose diferencias promedio entre ambos grupos de 1, 0.3 y 0.2 puntos, respectivamente (Véase TABLA 3 y Gráfica 5 de la FIGURA 2).

(5) Historia familiar de problemas de alcohol

Con base en la información proporcionada en el CAF por el G-CHFPA, estos problemas estuvieron presentes en seis de los nueve padres biológicos (66%) y en cuatro de las nueve madres biológicas (44%). Ocho de los nueve participantes tuvieron un padre biológico con problemas de alcohol (89%), en tanto que solo un participante informó de historia de problemas de alcohol en ambos padres biológicos (11%). Aún cuando se reportó una mayor proporción de problemas de alcohol en padres biológicos que en madres biológicas, las participantes tuvieron, proporcionalmente, más familiares con problemas de alcohol de primero y segundo grado (3.0) que los participantes (2.6) y las participantes tuvieron, proporcionalmente, un mayor porcentaje de madres con problemas de alcohol (100%) versus los participantes (33%) y un mayor número promedio de familiares maternos de segundo grado con problemas de alcohol que los participantes (1 vs. 0.5). Cabe señalar que la información sobre la historia familiar de problemas de alcohol fue más incierta para el padre biológico que para la madre biológica. Los participantes tuvieron menos certeza sobre la precisión de información proporcionada acerca de su padre biológico. En una escala de certeza cuyo rango fue de 1 (muy poca) a 4 (mucho), la calificación promedio fue de 3.5 para la madre y 2.6 para el padre.

Los anteriores resultados indican que la historia familiar de problemas de alcohol tuvo efectos estadísticamente significativos en la frecuencia y cantidad de consumo semanal, pero no en la cantidad de copas por ocasión de consumo reportadas entre ambos grupos, que conjuntamente con las dos primeras, conforman

el patrón de consumo de alcohol. Por otro lado, en el caso de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, las diferencias entre ambos grupos fueron mínimas, por lo que dicha variable no tuvo efectos significativos sobre dichos problemas. Por lo que se puede decir que la hipótesis de historia familiar de problemas de alcohol afecta parcialmente los resultados generales del modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada.

Confiabilidad de los Autoreportes

Con base en los reportes de los colaterales y de los estudiantes al año de seguimiento, las correlaciones sobre las medidas relativas a los patrones de consumo fueron las siguientes: $r(18) = .83$ (frecuencia de días de consumo a la semana), $r(18) = .86$ (cantidad de copas consumidas por ocasión) y $r(18) = .42$ (cantidad de copas consumidas a la semana en la LIBARE). Por otro lado, en relación con los reportes relativos a los problemas relacionados al consumo fueron menos confiables: $r(18) = .30$ (Índice de problemas en el IPAR). La confiabilidad de los reportes al año de seguimiento entre los estudiantes sin y con historia familiar de problemas de alcohol no mostró evidencia de que hubiera diferencias significativas en los niveles de confiabilidad. Sin embargo, las correlaciones entre los estudiantes con historia de problemas de alcohol fueron ligeramente mayores que las observadas en el grupo de estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol (.61 vs. .59, respectivamente). Con base en estas comparaciones, no pareció que los estudiantes minimizaran sus problemas relacionados con el alcohol. De hecho, los estudiantes reportaron mayores problemas aunque no significativos relacionados con el consumo en la evaluación realizada al año de seguimiento ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.66$) que sus colaterales ($\bar{X} = 1.72$, $SD = 0.46$), $t(34) = 1.01$, $p > .05$. Por otro lado, los estudiantes reportaron consumir significativamente una mayor cantidad de copas a la semana en la LIBARE ($\bar{X} = 8.58$, $SD = 2.34$) que lo que reportaron sus colaterales ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 1.67$), $t(34) = 2.14$, $p < .05$.

En resumen, los autoreportes de los estudiantes se correlacionaron razonablemente con los reportes de sus colaterales en las medidas relativas a los patrones de consumo al año de seguimiento, considerando la precisión de los juicios involucrados (p. ej., evaluaciones de las frecuencias y cantidades promedio de consumo de alcohol), la confiabilidad en general aparentó ser buena (.60). Además, los reportes de los colaterales no proporcionan evidencia de que los estudiantes hubieran minimizado o sub-registrado sus problemas. Finalmente, no se encontró un patrón sistemático de correlación o de diferencias de medias al compararse los grupos de estudiantes sin y con historia familiar de problemas de alcohol.

TABLA 3. Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los grupos sin y con historia familiar de problemas de alcohol G-SHFPA y G-CHFPA, respectivamente, respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.

Condición	Grupo	N	\bar{X}	DE	t	gl	p
Línea Base							
-Frecuencia Semanal (# días)	G-SHFPA	67	3.03	0.24	1.34	132	.18
	G-CHFPA	67	2.99	0.12	1.34	97	.18
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	G-SHFPA	217	7.54	1.97	-2.89	433	.00*
	G-CHFPA	218	8.03	1.55	-2.89	410	.00*
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	G-SHFPA	67	22.70	6.52	-1.31	132	.19
	G-CHFPA	67	24.00	4.75	-1.31	120	.19
-Problemas Relacionados al Consumo: IPAR (Índice de Problemas de Alcohol)	G-SHFPA	9	10.4				
	G-CHFPA	9	11.1				
EDA (Escala de Dependencia al Alcohol)	G-SHFPA	9	14.2				
	G-CHFPA	9	15.2				
Tratamiento							
-Frecuencia Semanal (# días)	G-SHFPA	44	2.52	0.50	-4.02	86	.00**
	G-CHFPA	44	2.89	0.32	-4.02	72	.00**
-Cantidad Consumo por Ocasión (# copas)	G-SHFPA	105	3.57	0.58	0.40	227	.68
	G-CHFPA	124	3.54	0.56	0.40	217	.68
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	G-SHFPA	44	10.52	5.06	-1.42	86	.15
	G-CHFPA	44	11.98	4.52	-1.42	84	.15
Seguimiento al Mes							
-Frecuencia Semanal (# días)	G-SHFPA	40	2.23	0.42	-2.87	78	.00*
	G-CHFPA	40	2.53	0.50	-2.87	76	.00*
-Cantidad Consumo por Ocasión (# copas)	G-SHFPA	88	3.33	0.60	0.03	184	.97
	G-CHFPA	98	3.33	0.70	0.03	183	.97
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	G-SHFPA	40	7.38	1.93	-2.46	78	.01*
	G-CHFPA	40	8.58	2.39	-2.46	74	.01*
Seguimiento a los 3 Meses							
-Frecuencia Semanal (# días)	G-SHFPA	76	2.22	0.41	-2.64	150	.00*
	G-CHFPA	76	2.42	0.49	-2.64	145	.00*
-Cantidad Consumo por Ocasión (# copas)	G-SHFPA	176	2.83	0.98	-3.70	367	.00**
	G-CHFPA	193	3.15	0.65	-3.63	299	.00**
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	G-SHFPA	76	6.66	2.34	-3.12	150	.00*
	G-CHFPA	76	7.91	2.58	-3.12	148	.00*
Seguimiento a los 6 Meses							
-Frecuencia Semanal (# días)	G-SHFPA	116	2.24	0.43	-3.58	230	.00**
	G-CHFPA	116	2.47	0.51	-3.58	222	.00**
-Cantidad Consumo por Ocasión (# copas)	G-SHFPA	270	2.98	0.79	-3.62	556	.00**
	G-CHFPA	288	3.20	0.68	-3.60	532	.00**
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	G-SHFPA	116	6.84	2.50	-3.11	230	.00*
	G-CHFPA	116	7.91	2.71	-3.11	228	.00*
-Problemas Relacionados al Consumo: IPAR (Índice de Problemas de Alcohol)	G-SHFPA	9	3.1				
	G-CHFPA	9	3.2				
EDA (Escala de Dependencia al Alcohol)	G-SHFPA	9	3.3				
	G-CHFPA	9	3.6				
Seguimiento al año							
-Frecuencia Semanal (# días)	G-SHFPA	243	2.42	0.52	-4.10	484	.00**
	G-CHFPA	243	2.62	0.51	-4.10	484	.00**
-Cantidad Consumo por Ocasión (# copas)	G-SHFPA	584	3.48	0.55	0.86	1209	.38
	G-CHFPA	627	3.45	0.61	0.87	1207	.38
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	G-SHFPA	243	8.44	2.57	-2.67	484	.00*
	G-CHFPA	243	9.07	2.65	-2.67	484	.00*
-Problemas Relacionados al Consumo: IPAR (Índice de Problemas de Alcohol)	G-SHFPA	9	3.4				
	G-CHFPA	9	4.0				
EDA (Escala de Dependencia al Alcohol)	G-SHFPA	9	3.0				
	G-CHFPA	9	3.2				

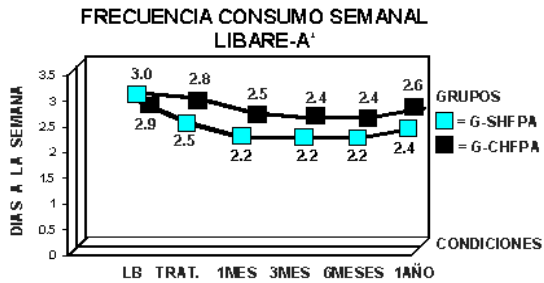
Nota: Los valores representan los puntajes promedio sobre el consumo de alcohol y problemas relacionados al consumo.

LIBARE-A = Línea Base Retrospectiva. IPAR = Índice de Problemas de Alcohol Rutgers.

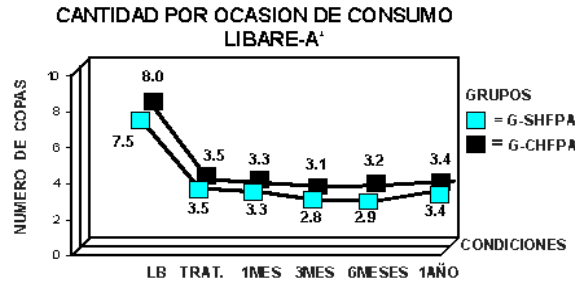
EDA = Escala de Dependencia al Alcohol. * $p < .050$ ** $p < .001$

FIG 2. RESULTADOS COMPARACION GENERAL

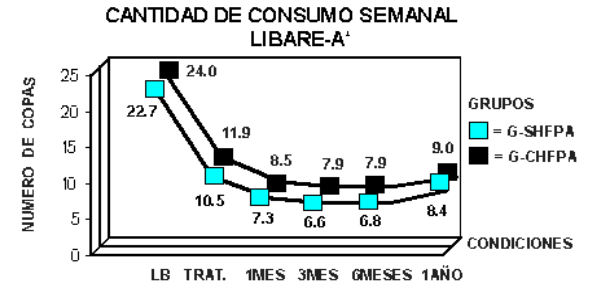
PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO



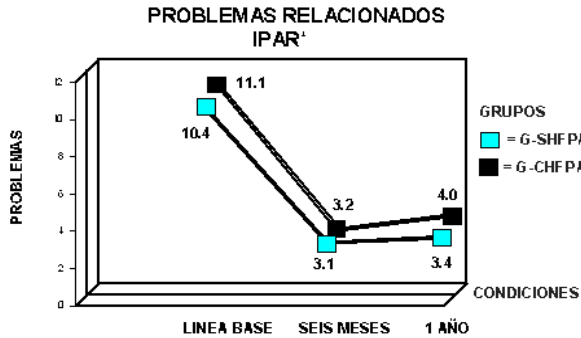
GRAFICA 1. Numero promedio de dias a la semana en que los participantes de los Grupos Sin (G-SHFPA) y Con (G-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



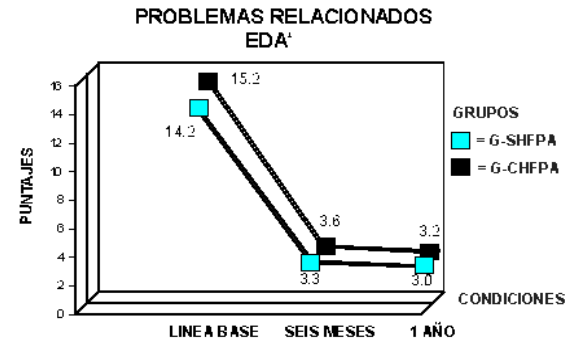
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Grupos Sin (G-SHFPA) y Con (G-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Grupos Sin (G-SHFPA) y Con (G-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 4. Numero Promedio de problemas de alcohol reportados por los Grupos Sin (G-SHFPA) y Con (G-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio del IPAR' en la linea base y en los seguimientos a los seis meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los Grupos Sin (G-SHFPA) y Con (G-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio de la EDA' en la linea base y en los seguimientos a los Seis Meses y al Año.

SIMBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 'LIBARE -A = Linea Base Retrospectiva -Alcohol (LIBARE-A; Quiroga, 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB; Sobell & Sobell, 1992, 2000)
 'IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAPI; White & Labouvier, 1989)
 'EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vital, 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS; Skinner, Horn, Wanberg y Fester, 1984)

Resultados de la comparación específica

En la presente sección se presentan los resultados comparativos de la frecuencia de consumo semanal de alcohol, la cantidad de consumo de alcohol por ocasión, la cantidad de consumo de alcohol a la semana y los problemas relacionados con el consumo entre cada uno de los sub-grupos de tres estudiantes sin y con Historia familiar de problemas de alcohol correspondientes a cada uno de los tres programas de tratamiento específicos empleados, a saber: DIBAEU, TAGEU y PEREU.

Programa DIBAEU

(1) Resultados de la frecuencia de consumo semanal de alcohol

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo de tres estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol (1A-SHFPA) y el sub-grupo de tres estudiantes con historia familiar de problemas de alcohol (1B-CHFPA) que participaron en el programa DIBAEU, en términos de la frecuencia de consumo semanal de alcohol, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 1A-SHFPA reportaron consumir alcohol, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los seis meses y al año 3.00, 2.33, 2.08, 2.19, 2.18 y 2.48 días a la semana, respectivamente; en tanto que los participantes del sub-grupo 1B-CHFPA 3.00, 2.83, 2.69, 2.62, 2.64, y 2.99 días a la semana, respectivamente, observándose diferencias, entre ambos sub-grupos, de 0.00, 0.50, 0.61, 0.43, 0.46 y 0.51 días, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos sub-grupos por medio de la prueba t de muestras independientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante la línea base ($\bar{X} = 3.00$, $DE = 0.00$) = ($\bar{X} = 3.00$, $DE = .00$), ni al finalizar el tratamiento ($\bar{X} = 2.33$, $DE = 0.51$) < ($\bar{X} = 2.83$, $DE = 0.40$), $t(10) = -1.86$, $p = .09$, pero sí al compararse los datos reportados en la línea base con los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 2.08$, $DE = 0.27$) < ($\bar{X} = 2.69$, $DE = 0.48$), $t(19) = -4.00$, $p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 2.19$, $DE = 0.40$) < ($\bar{X} = 2.62$, $DE = 0.49$), $t(48) = -3.37$, $p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 2.18$, $DE = 0.38$) < ($\bar{X} = 2.64$, $DE = 0.48$), $t(72) = -4.63$, $p = .00$ y al año ($\bar{X} = 2.48$, $DE = 0.55$) < ($\bar{X} = 2.99$, $DE = 0.11$), $t(86) = -8.11$, $p = .00$ (Véase TABLA 4 y Gráfica 1 de la FIGURA 3).

(2) Resultados de la cantidad de consumo de alcohol por ocasión

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo 1A-SHFPA y el sub-grupo 1B-CHFPA que participaron en el programa DIBAEU, en términos de la cantidad de consumo de alcohol por ocasión, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 1A-SHFPA reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los seis meses y al año 5.22, 3.40, 3.45, 3.11, 3.49 y 3.70 copas estándar de alcohol por ocasión de consumo, respectivamente; en tanto que los participantes del sub-grupo 1B-CHFPA 6.24, 3.58, 3.49, 3.69, 3.66 y 3.66 copas de alcohol por ocasión de consumo, respectivamente, observándose diferencias, entre ambos sub-grupos, de 1.02, 0.18, 0.04, 0.58, 0.17 y 0.04 copas respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos sub-grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante la línea base ($\bar{X} = 5.22, DE = 0.42$) < ($\bar{X} = 6.24, DE = 0.42$), $t(110) = -12.70, p = .00$, y en los seguimientos efectuados a los tres meses ($\bar{X} = 3.11, DE = 1.24$) < ($\bar{X} = 3.69, DE = 0.46$), $t(75) = -3.42, p = .00$ y a los seis meses ($\bar{X} = 3.49, DE = 0.52$) < ($\bar{X} = 3.66, DE = 0.47$), $t(171) = -2.24, p = .02$, pero no al compararse los datos de la línea base con los obtenidos al final del tratamiento ($\bar{X} = 3.40, DE = 0.73$) < ($\bar{X} = 3.58, DE = 0.50$), $t(23) = -0.80, p = .40$ ni con los datos de la línea base con los datos de los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 3.45, DE = 0.50$) < ($\bar{X} = 3.49, DE = 0.81$), $t(57) = -0.22, p = .82$, ni al año ($\bar{X} = 3.70, DE = 0.46$) > ($\bar{X} = 3.66, DE = 0.47$), $t(430) = -0.82, p = .40$ (Véase TABLA 4 y Gráfica 2 de la FIGURA 3).

(3) Resultados de la cantidad de consumo semanal de alcohol

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo 1A-SHFPA y el sub-grupo 1B-CHFPA que participaron en el programa DIBAEU, en términos de la cantidad de consumo semanal de alcohol, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 1A-SHFPA reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los seis meses y al año 15.67, 8.0, 7.08, 7.65, 7.64 y 9.19 copas estándar de alcohol a la semana, respectivamente; en tanto que los participantes del sub-grupo 1B-CHFPA 18.67, 12.00, 9.69, 9.62, 9.69 y 11.00 copas estándar de alcohol a la semana, respectivamente, observándose diferencias, entre ambos sub-grupos, de 3.00, 4.00, 2.61, 1.97, 2.05 y 1.81 copas, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos de ambos sub-grupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante la línea base ($\bar{X} = 15.67, DE = 1.28$) < ($\bar{X} = 18.67, DE = 1.28$), $t(34) = -7.01, p = .00$ y al compararse los datos de la línea base con los reportados al final del tratamiento ($\bar{X} = 8.00, DE = 1.78$) < ($\bar{X} = 12.00, DE = 3.28$), $t(7) = -2.61, p = .03$ y en los reportados en la línea base con los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 7.08, DE = 1.32$) < ($\bar{X} = 9.69, DE = 2.13$), $t(20) = -3.75, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 7.65, DE = 1.54$) < ($\bar{X} = 9.62, DE = 2.28$), $t(43) = -3.62, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 7.64, DE = 1.67$) < ($\bar{X} = 9.69, DE = 2.22$), $t(70) = -4.59, p = .00$ y al año ($\bar{X} = 9.19, DE = 2.63$) < ($\bar{X} = 11.00, DE = 1.42$), $t(123) = -5.45, p = .00$ (Véase TABLA 4 y Gráfica 3. de la FIGURA 3).

(4) Resultados de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (IPAR y EDA)

Los participantes del sub-grupo 1A-SHFPA reportaron en el IPAR los siguientes números promedio de problemas relacionados con el consumo de alcohol durante las condiciones de línea base, seguimiento a los seis meses y al año: 8.3, 2.6 y 3 problemas, respectivamente; en tanto que los participantes del sub-grupo 1B-CHFPA 9.3, 3 Y 4 problemas respectivamente, observándose diferencias, entre ambos sub-grupos, de 1.00, 0.40 y 1.00 problemas, respectivamente (Véase TABLA 4 y Gráfica 4 de la FIGURA 3).

Por otro lado, los participantes del sub-grupo 1A-SHFPA reportaron en la EDA los siguientes puntajes promedio durante las condiciones de línea base, seguimiento a los seis meses y al año: 7.6, 3.0 y 2.6 puntos, respectivamente; en tanto que los participantes del sub-grupo 1B-CHFPA 8.0, 3.0 Y 3.0 puntos, respectivamente, observándose diferencias, entre ambos Sub-grupos, de 0.40, 0.00 y 0.40 puntos respectivamente (Véase TABLA 4 y Gráfica 5 de la FIGURA 3).

(5) Historia familiar de problemas de alcohol

Con base en la información proporcionada en el CAF por los tres participantes del sub-grupo 1B-CHFPA, estos problemas estuvieron presentes en dos de los tres padres biológicos (66.7%) y en una de las tres madres biológicas (33.3%). Los tres participantes tuvieron un solo padre biológico con problemas de alcohol (100%), en consecuencia ninguno informó de historia de problemas de alcohol en ambos padres biológicos (0%). Por otro lado, aún cuando se reportó una mayor proporción de problemas de alcohol en padres biológicos que en madres biológicas, la participante tuvo, proporcionalmente, más familiares con problemas de alcohol de primero y segundo grado (2.0) que los participantes (1.5) y la participante tuvo, proporcionalmente, un mayor porcentaje materno con problemas de alcohol (100%) versus los participantes (0%) y un mayor número de familiares maternos de segundo grado con problemas de alcohol que los participantes (1 vs. 0). Cabe señalar que la información sobre la historia familiar de problemas de alcohol fue más incierta para el padre biológico que para la madre biológica. Los participantes tuvieron menos certeza sobre la precisión de información proporcionada acerca de su padre biológico. En una Escala de Certeza cuyo rango fue de 1 (muy poca) a 4 (mucho), la calificación promedio fue de 3.0 para la madre y 2.5 para el padre.

Los anteriores resultados indican que la historia familiar de problemas de alcohol tuvo efectos estadísticamente significativos, entre ambos sub-grupos del Programa DIBAEU, en las medidas de frecuencia y cantidad de consumo semanal en los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año, pero no en la cantidad de copas por ocasión de consumo reportadas al finalizar el tratamiento, ni durante los seguimientos efectuados al mes y al año; pero sí en los seguimientos efectuados a los tres y seis meses, que conjuntamente con las primeras, conforman

el patrón de consumo de alcohol. Por otro lado, en el caso de los problemas relacionados con el consumo de alcohol las diferencias fueron mínimas, por lo que dicha variable no tuvo efectos significativos sobre dichos problemas. Por lo que se puede decir que a nivel del programa específico DIBAEU, la hipótesis de igualdad historia familiar de problemas de alcohol afecta parcialmente los resultados del tratamiento.

TABLA 4. Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los sub-grupos con y sin historia familiar de problemas de alcohol 1A-SHFPA y 1B-CHFPA, del programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios con consumo excesivo, abuso o dependencia leve (DIBAEU), respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.

Condición	Grupo	N	\bar{X}	DE	t	gl	p
Línea Base (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	1A-SHFPA	18	3.00	0.00	NC	NC	NC
	1B-CHFPA	18	3.00	0.00			
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	1A-SHFPA	54	5.22	0.42	-12.69	111	.00**
	1B-CHFPA	59	6.24	0.42	-12.70	110	.00**
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	1A-SHFPA	18	15.67	1.28	-7.01	34	.00**
	1B-CHFPA	18	18.67	1.28	-7.01	34	.00**
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	1A-SHFPA		8.3				
	1B-CHFPA		9.3				
EDA	1A-SHFPA		7.6				
	1B-CHFPA		8.0				
Tratamiento (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	1A-SHFPA	6	2.33	0.51	-1.86	10	.09
	1B-CHFPA	6	2.83	0.40	-1.86	10	.09
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	1A-SHFPA	15	3.40	0.73	-0.83	32	.40
	1B-CHFPA	19	3.58	0.50	-0.80	23	.40
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	1A-SHFPA	6	8.00	1.78	-2.61	10	.02*
	1B-CHFPA	6	12.00	3.28	-2.61	7	.03*
Seguimiento al Mes (LIBARE-A)							
Frecuencia Semanal (# días)	1A-SHFPA	13	2.08	0.27	-4.00	24	.00*
	1B-CHFPA	13	2.69	0.48	-4.00	19	.00*
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	1A-SHFPA	29	3.45	0.50	-0.21	62	.83
	1B-CHFPA	35	3.49	0.81	-0.22	57	.82
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	1A-SHFPA	13	7.08	1.32	-3.75	24	.00*
	1B-CHFPA	13	9.69	2.13	-3.75	20	.00*
Seguimiento a los 3 Meses (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	1A-SHFPA	26	2.19	0.40	-3.37	50	.00*
	1B-CHFPA	26	2.62	0.49	-3.37	48	.00*
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	1A-SHFPA	61	3.11	1.24	-3.56	127	.00*
	1B-CHFPA	68	3.69	0.46	-3.42	75	.00*
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	1A-SHFPA	26	7.65	1.54	-3.62	50	.00*
	1B-CHFPA	26	9.62	2.28	-3.62	43	.00*
Seguimiento a los 6 Meses (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	1A-SHFPA	39	2.18	0.38	-4.63	76	.00**
	1B-CHFPA	39	2.64	0.48	-4.63	72	.00**
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	1A-SHFPA	85	3.49	0.52	-2.27	186	.02*
	1B-CHFPA	103	3.66	0.47	-2.24	171	.02*
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	1A-SHFPA	39	7.64	1.67	-4.59	76	.00**
	1B-CHFPA	39	9.69	2.22	-4.59	70	.00**
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	1A-SHFPA		2.6				
	1B-CHFPA		3.0				
EDA	1A-SHFPA		3.0				
	1B-CHFPA		3.0				
Seguimiento 1 Año							
-Frecuencia Semanal (# días)	1A-SHFPA	81	2.48	0.55	-8.11	160	.00**
	1B-CHFPA	81	2.99	0.11	-8.11	86	.00**
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	1A-SHFPA	202	3.70	0.46	-0.82	439	.40
	1B-CHFPA	239	3.66	0.47	-0.82	430	.40
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	1A-SHFPA	81	9.19	2.63	-5.45	160	.00**
	1B-CHFPA	81	11.00	1.42	-5.45	123	.00**
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	1A-SHFPA		3.0				
	1B-CHFPA		4.0				
EDA	1A-SHFPA		2.6				
	1B-CHFPA		3.0				

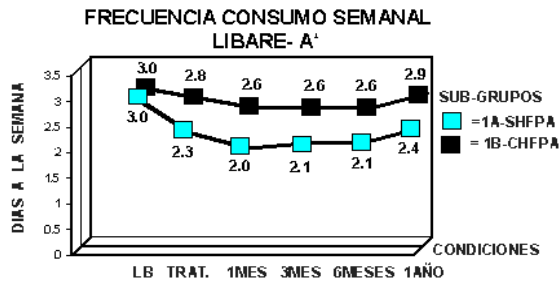
Nota: Los valores representan los puntajes promedio sobre el consumo de alcohol y problemas relacionados al consumo.

LIBARE-A = Línea Base Retrospectiva. IPAR = Índice de Problemas de Alcohol Rutgers.

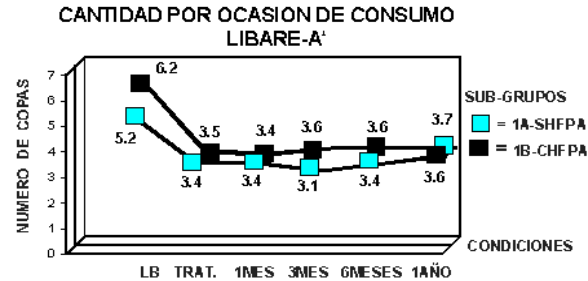
EDA = Escala de Dependencia al Alcohol. * $p < .05$ ** $p < .001$ NC = No se computó

FIG 3. RESULTADOS COMPARACION ESPECIFICA

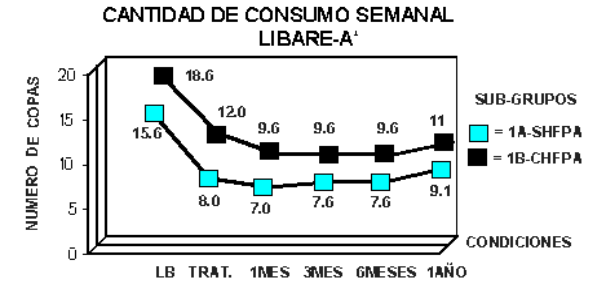
PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO PROGRAMA DIBAEU*



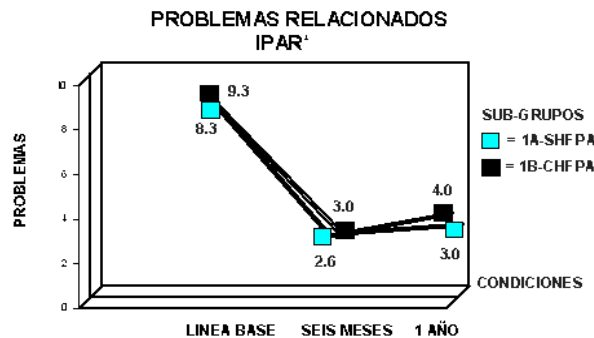
GRAFICA 1. Numero promedio de dias a la semana que los participantes de los Sub-grupos Sin (1A-SHFPA) y Con (1B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A¹.



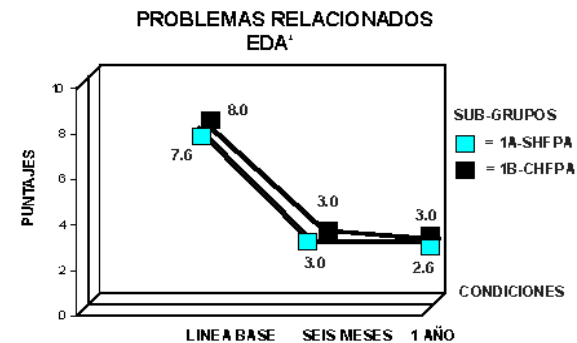
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Sub-grupos Sin (1A-SHFPA) y Con (1B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A¹.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Sub-grupos Sin (1A-SHFPA) y Con (1B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A¹.



GRAFICA 4. Numero Promedio de problemas de alcohol reportados por los Sub-grupos Sin (1A-SHFPA) y Con (1B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio del IPAR¹ en la linea base y en los seguimientos a los seis meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los Sub-grupos Sin (1A-SHFPA) y Con (1B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio de la EDA¹ en la linea base y en los seguimientos a los Seis Meses y al Año.

SIMBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 *DIBAEU = Deteccion e Intervencion Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana del "Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students" (BASICS; Dimeff, Kivlahan, Baer & Marlatt, 1999)
¹LIBARE -A = Linea Base Retrospectiva -Alcohol (LIBARE-A; Quiroga (2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB, Sobell & Sobell, 1992, 2000)
¹IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAPI, White & Labouvier, 1989)
¹EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vital, 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS, Skinner, Horn, Wanberg & F aster, 1984)

Programa TAGEU

(1) Resultados de la frecuencia de consumo semanal de alcohol

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo de tres estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol (2A-SHFPA) y el sub-grupo de tres estudiantes con historia familiar de problemas de alcohol (2B-CHFPA) que participaron en el programa TAGEU, en términos de la frecuencia de consumo semanal, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 2A-SHFPA reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los seis meses y al año: 3.00, 2.38, 2.08, 2.00, 2.00 y 1.99 días a la semana, respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 2B-CHFPA: 3.00, 3.00, 2.31, 2.00, 2.08 y 1.99 días a la semana, respectivamente, observándose diferencias de 0.00, 0.62, 0.23, 0.00, 0.08 y 0.00 días, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos sub-grupos por medio de la prueba *t* de muestras independientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante la línea base ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) = ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$), sí al final del tratamiento ($\bar{X} = 2.38, DE = 0.50$) < ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$), $t(12) = -4.38, p = .00$, pero no durante los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 2.08, DE = 0.27$) < ($\bar{X} = 2.31, DE = 0.48$), $t(19) = -1.50, p = .15$, a los tres meses ($\bar{X} = 2.00, DE = 0.00$) = ($\bar{X} = 2.00, DE = 0.00$), a los seis meses ($\bar{X} = 2.00, DE = 0.00$) < ($\bar{X} = 2.08, DE = 0.27$), $t(38) = -1.78, p = .08$ ni al año ($\bar{X} = 1.99, DE = 0.11$) = ($\bar{X} = 1.99, DE = 0.19$), $t(127) = 0.00, p = 1.00$ (Véase TABLA 5 y Gráfica 1 de la FIGURA 4).

(2) Resultados de la cantidad de consumo de alcohol por ocasión

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo 2A-SHFPA y el sub-grupo 2B-CHFPA que participaron en el Programa TAGEU, en términos de la cantidad de consumo de alcohol por ocasión, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 2A-SHFPA, reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los seis meses y al año: 6.72, 3.43, 3.25, 2.08, 1.99 y 3.15 copas estándar por ocasión de consumo, respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 2B-CHFPA: 7.72, 3.31, 2.92, 2.50, 2.51, y 3.00 copas por ocasión de consumo, respectivamente, observándose diferencias, entre ambos sub-grupos, de 1.00, 0.12, 0.33, 0.42, 0.52 y 0.15 copas, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos de ambos sub-grupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante la línea base ($\bar{X} = 6.72, DE = 0.78$) < ($\bar{X} = 7.72, DE = 0.78$), $t(134) = -7.39, p = .00$, pero no al finalizar el tratamiento ($\bar{X} = 3.43,$

$DE = 0.69) > (\bar{X} = 3.31, DE = 0.67), t(57) = 0.65, p = .51$ y sí al compararse los datos de la línea base con los datos de los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 3.25, DE = 0.44) > (\bar{X} = 2.92, DE = 0.62), t(44) = 2.14, p = .03$, a los tres meses ($\bar{X} = 2.08, DE = 0.43) < (\bar{X} = 2.50, DE = 0.57), t(98) = -4.32, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 1.99, DE = 0.19) < (\bar{X} = 2.51, DE = 0.61), t(94) = -7.26, p = .00$ y al año ($\bar{X} = 3.15, DE = 0.59) > (\bar{X} = 3.00, DE = 0.73), t(297) = 1.99, p = .04$ (Véase TABLA 5 y Gráfica 2 de la FIGURA 4).

(3) Resultados de la cantidad de consumo semanal de alcohol

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo 2A-SHFPA y el sub-grupo 2B-CHFPA que participaron en el Programa TAGEU, en términos de la cantidad de consumo semanal de alcohol, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 2A-SHFPA reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los seis meses y al año: 20.10, 10.38, 6.77, 4.32, 4.05, y 6.23 copas estándar a la semana respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 2B-CHFPA: 23.10, 12.46, 6.92, 5.08, 5.08, y 5.95 copas estándar a la semana, respectivamente, observándose diferencias, entre ambos sub-grupos, de 3.00, 2.22, 0.15, 0.76, 1.03, y 0.28 copas, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos sub-grupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la línea base ($\bar{X} = 20.10, DE = 2.40) < (\bar{X} = 23.10, DE = 2.40), t(38) = -3.94, p = .00$ y en los seguimientos efectuados a los tres meses ($\bar{X} = 4.32, DE = 0.74) < (\bar{X} = 5.08, DE = 0.81), t(48) = -3.44, p = .00$ y a los seis meses ($\bar{X} = 4.05, DE = 0.32) < (\bar{X} = 5.08, DE = 1.20), t(43) = -5.15, p = .00$, pero no al compararse los datos reportados en la línea base y al final del tratamiento ($\bar{X} = 10.38, DE = 4.97) < (\bar{X} = 12.46, DE = 5.88), t(24) = 0.97, p = .34$ ni en los reportados en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 6.77, DE = 1.30) < (\bar{X} = 6.92, DE = 1.89), t(21) = -0.24, p = .81$ ni al año ($\bar{X} = 6.23, DE = 1.23) > (\bar{X} = 5.95, DE = 1.35), t(158) = -1.39, p = .16$ (Véase TABLA 5 y Gráfica 3 de la FIGURA 4).

(5) Resultados de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (IPAR y EDA)

Los participantes del sub-grupo 2A-SHFPA reportaron en el IPAR los siguientes números promedio de problemas relacionados con el consumo de alcohol durante las condiciones de línea base, el seguimiento a los seis meses y al año: 10, 3.3, y 3.6 problemas respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 2B-CHFPA: 11, 3.3 y 4.3 problemas respectivamente, observándose diferencias entre ambos sub-grupos de 1, 0 y 0.7 problemas, respectivamente (Véase TABLA 5 y Gráfica 4 de la FIGURA 4).

Por otro lado, los participantes del sub-grupo 2A-SHFPA reportaron en la EDA los siguientes puntajes promedio durante las condiciones de línea base, el

seguimiento a los seis meses y al año: 13, 3.3 y 3 puntos respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 2B-CHFPA: 13.6, 4.0 Y 3.3 puntos respectivamente, observándose diferencias entre ambos sub-grupos de 0.6, 0.7 y 0.3 puntos, respectivamente (Véase TABLA 5 y Gráfica 5 de la FIGURA 4).

(5) Historia familiar de problemas de alcohol

Con base en la información proporcionada en el CAF por el sub-grupo 2B-CHFPA, estos problemas estuvieron presentes en dos de los tres padres biológicos (66.7%) y en una de las tres madres biológicas (33.3%). Los tres participantes tuvieron un solo padre biológico con problemas de alcohol (100%), en consecuencia ninguno informó de historia de problemas de alcohol en ambos padres biológicos (0%). Por otro lado, desde la misma manera que se reportó una mayor proporción de problemas de alcohol en padres biológicos que en madres biológicas, los participantes tuvieron, proporcionalmente, más familiares con problemas de alcohol de primero y segundo grado (2.5) que la participante (2.0), pero la participante tuvo un mayor porcentaje materno con problemas de alcohol (100%) versus los participantes (0%) y un mayor número de familiares maternos de segundo grado con problemas de alcohol que los participantes (1 vs. 0.5). Cabe señalar, que la información sobre la historia familiar de problemas de alcohol fue más incierta para el padre biológico que para la madre biológica. Los participantes tuvieron menos certeza sobre la precisión de información proporcionada acerca de su padre biológico. En una Escala de certeza cuyo rango fue de 1 (muy poca) a 4 (mucho), la calificación promedio fue de 3.0 para la madre y 2.5 para el padre.

Los anteriores resultados indican que la historia familiar de problemas de alcohol tuvo efectos estadísticamente significativos, entre ambos sub-grupos del programa TAGEU, en la cantidad de copas por ocasión de consumo durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, pero no al final del tratamiento. Por otro lado, sólo tuvo efectos estadísticamente significativos, sobre la medida de frecuencia de consumo semanal al final del tratamiento, pero no durante los cuatro seguimientos efectuados. Finalmente, solo tuvo efectos estadísticamente significativos sobre la medida de cantidad de consumo semanal, en el seguimiento efectuado a los tres meses, pero no al final del tratamiento ni en los seguimientos efectuados al mes, seis meses y al año. Por otro lado, en el caso de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, las diferencias fueron mínimas, por lo que en su conjunto, no afectaron de manera significativa dichos problemas. Por lo que se puede decir que a nivel del programa específico TAGEU, la hipótesis de igualdad historia familiar de problemas de alcohol afectó parcialmente los resultados del tratamiento.

TABLA 5. Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los sub-grupos con y sin historia familiar de problemas de alcohol 2A-SHFPA y 2B-CHFPA, del programa de tratamiento de auto-cambio guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU), respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.

Condición	Sub-Grupo	N	\bar{x}	DE	t	gl	P
Línea Base (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	2A-SHFPA	20	3.00	0.00	NC	NC	NC
	2B-CHFPA	20	3.00	0.00			
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	2A-SHFPA	68	6.72	0.78	-7.39	134	.00**
	2B-CHFPA	68	7.72	0.78	-7.39	134	.00**
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	2A-SHFPA	20	20.10	2.40	-3.94	38	.00**
	2B-CHFPA	20	23.10	2.40	-3.94	38	.00**
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	2A-SHFPA		10.0				
	2B-CHFPA		11.0				
EDA	2A-SHFPA		13.0				
	2B-CHFPA		13.6				
Tratamiento (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	2A-SHFPA	13	2.38	0.50	-4.38	24	.00**
	2B-CHFPA	13	3.00	0.00	-4.38	12	.00*
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	2A-SHFPA	28	3.43	0.69	0.66	61	.51
	2B-CHFPA	35	3.31	0.67	0.65	57	.51
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	2A-SHFPA	13	10.38	4.97	-0.97	24	.34
	2B-CHFPA	13	12.46	5.88	-0.97	24	.34
Seguimiento al Mes (LIBARE-A)							
Frecuencia Semanal (# días)	2A-SHFPA	13	2.08	0.27	-1.50	24	.14
	2B-CHFPA	13	2.31	0.48	-1.50	19	.15
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	2A-SHFPA	24	3.25	0.44	2.11	48	.04*
	2B-CHFPA	26	2.92	0.62	2.14	44	.03*
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	2A-SHFPA	13	6.77	1.30	-0.24	24	.81
	2B-CHFPA	13	6.92	1.89	-0.24	21	.81
Seguimiento a los 3 Meses (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	2A-SHFPA	25	2.00	0.00	NC	NC	NC
	2B-CHFPA	25	2.00	0.00			
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	2A-SHFPA	53	2.08	0.43	-4.31	105	.00**
	2B-CHFPA	54	2.50	0.57	-4.32	98	.00**
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	2A-SHFPA	25	4.32	0.74	-3.44	48	.00*
	2B-CHFPA	25	5.08	0.81	-3.44	48	.00*
Seguimiento a los 6 Meses (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	2A-SHFPA	39	2.00	0.00	-1.78	76	.07
	2B-CHFPA	39	2.08	0.27	-1.78	38	.08
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	2A-SHFPA	79	1.99	0.19	-7.22	157	.00**
	2B-CHFPA	80	2.51	0.61	-7.26	94	.00**
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	2A-SHFPA	39	4.05	0.32	-5.15	76	.00**
	2B-CHFPA	39	5.08	1.20	-5.15	43	.00**
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	2A-SHFPA		3.3				
	2B-CHFPA		3.3				
EDA	2A-SHFPA		3.3				
	2B-CHFPA		4.0				
Seguimiento 1 Año (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	2A-SHFPA	81	1.99	0.11	0.00	160	1.00
	2B-CHFPA	81	1.99	0.19	0.00	127	1.00
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	2A-SHFPA	159	3.15	0.59	2.00	313	.04*
	2B-CHFPA	156	3.00	0.73	1.99	297	.04*
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	2A-SHFPA	81	6.23	1.23	1.39	160	.16
	2B-CHFPA	81	5.95	1.35	1.39	158	.16
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	2A-SHFPA		3.6				
	2B-CHFPA		4.3				
EDA	2A-SHFPA		3.0				
	2B-CHFPA		3.3				

Nota: Los valores representan los puntajes promedio sobre el consumo de alcohol y problemas relacionados al Consumo.

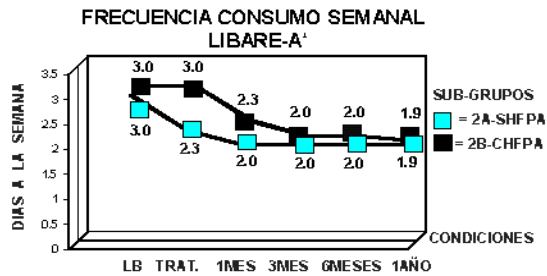
LIBARE-A = Línea Base Retrospectiva. IPAR = Índice de Problemas de Alcohol Rutgers.

EDA = Escala de Dependencia al Alcohol. * $p < .050$ ** $p < .001$ NC = No se Computó

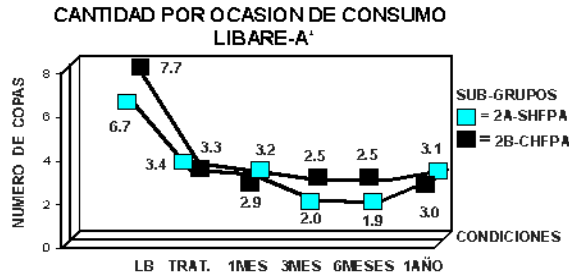
FIG 4. RESULTADOS COMPARACION ESPECIFICA

PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

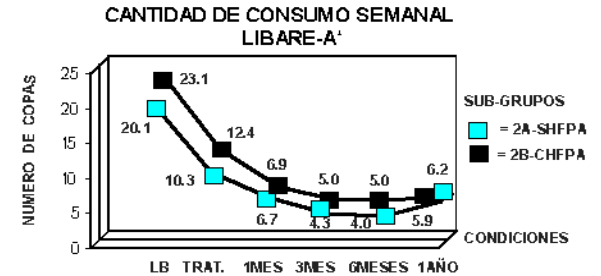
PROGRAMA TAGEU*



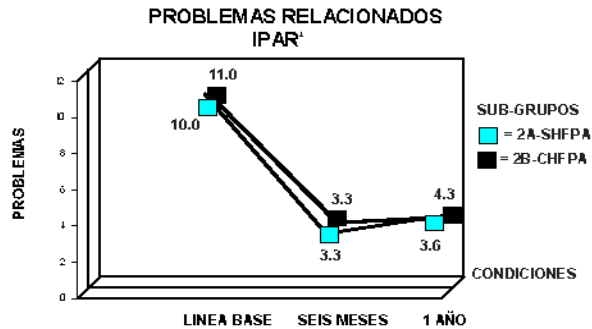
GRAFICA 1. Numero promedio de dias a la semana en que los participantes de los Sub-grupos Sin (2A-SHFPA) y Con (2B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



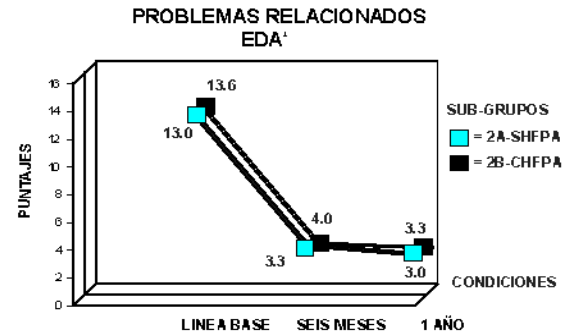
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Sub-grupos Sin (2A-SHFPA) y Con (2B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Sub-grupos Sin (2A-SHFPA) y Con (2B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 4. Numero Promedio de problemas de alcohol reportados por los Sub-grupos Sin (2A-SHFPA) y Con (2B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio del IPAR' en la linea base y en los seguimientos a los seis meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los Sub-grupos Sin (2A-SHFPA) y Con (2B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio de la EDA' en la linea base y en los seguimientos a los Seis Meses y al Año.

SIMBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 *TAGEU = Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU; Quiroga y Montes, 2003). Adaptado del Problem-Drinkers Guided Self-Change Treatment (GSC; Sobell & Sobell, 1993)
 LIBARE -A = Linea Base Retrospectiva -Alcohol (LIBARE-A; Quiroga,(2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB; Sobell & Sobell, 1992, 2000)
 IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAPI; White & Labouvier, 1989)
 EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vital, 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & Fester, 1984)

Programa PEREU

(1) Resultados de la frecuencia de consumo semanal de alcohol

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo de tres estudiantes sin historia familiar de problemas de alcohol (3A-SHFPA) y el sub-grupo de tres estudiantes con historia familiar de problemas de alcohol (3B-CHFPA) que participaron en el programa PEREU, en términos de la frecuencia de consumo semanal, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 3A-SHFPA, reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los 6 meses y al año: 3.07, 2.64, 2.50, 2.48, 2.55, y 2.80 días a la semana, respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 3B-CHFPA: 2.97, 2.84, 2.57, 2.64, 2.68, y 2.88 días a la semana, respectivamente, observándose diferencias de 0.10, 0.20, 0.07, 0.16, 0.13 y 0.08, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos sub-grupos por medio de la prueba t de muestras independientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante la línea base ($\bar{X} = 3.07, DE = 0.37$) > ($\bar{X} = 2.97, DE = 0.18$), $t(41) = 1.34, p = .18$ ni al compararse los datos reportados en la línea base y al final del tratamiento ($\bar{X} = 2.64, DE = 0.49$) < ($\bar{X} = 2.84, DE = 0.37$), $t(44) = -1.62, p = .11$ ni en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 2.50, DE = .51$) < ($\bar{X} = 2.57, DE = 0.51$), $t(26) = -0.36, p = .71$, a los tres meses ($\bar{X} = 2.48, DE = .51$) < ($\bar{X} = 2.64, DE = 0.49$), $t(48) = -1.13, p = .26$, a los seis meses ($\bar{X} = 2.55, DE = 0.50$) < ($\bar{X} = 2.68, DE = 0.52$), $t(74) = -1.11, p = .26$ y al año ($\bar{X} = 2.80, DE = 0.43$) < ($\bar{X} = 2.88, DE = 0.36$), $t(156) = -1.17, p = .24$ (Véase TABLA 6 y Gráfica 1 de la FIGURA 5).

(2) Resultados de la cantidad de consumo de alcohol por ocasión

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo 3A-SHFPA y el sub-grupo 3B-CHFPA que participaron en el Programa PEREU, en términos de la cantidad de consumo de alcohol por ocasión, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 3A-SHFPA, reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los 6 meses y al año, 9.44, 3.68, 3.29, 3.19, 3.30, y 3.51 copas estándar por ocasión de consumo, respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 3B-CHFPA: 9.43, 3.64, 3.46, 3.13, 3.29, y 3.53 copas por ocasión de consumo, respectivamente, detectándose diferencias de 0.01, 0.04, 0.17, 0.06, 0.01, 0.02, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos de ambos sub-grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la línea base ($\bar{X} = 9.44, DE = 1.06$) > ($\bar{X} = 9.43, DE = 1.95$), $t(184) = 0.87, p = .93$ ni al compararse los datos reportados durante la línea base con los reportados al final del

tratamiento ($\bar{X} = 3.68, DE = 0.47$) > ($\bar{X} = 3.64, DE = 0.48$), $t(130) = 0.41, p = .67$ ni con los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 3.29, DE = 0.75$) < ($\bar{X} = 3.46, DE = 0.50$), $t(59) = -1.14, p = .25$, a los tres meses ($\bar{X} = 3.19, DE = 0.64$) > ($\bar{X} = 3.13, DE = 0.33$), $t(88) = -0.73, p = .46$, a los seis meses ($\bar{X} = 3.30, DE = 0.55$) > ($\bar{X} = 3.29, DE = 0.45$), $t(201) = 0.23, p = .81$ y al año ($\bar{X} = 3.51, DE = 0.50$) < ($\bar{X} = 3.53, DE = 0.50$), $t(453) = -0.40, p = .68$ (Véase TABLA 6 y Gráfica 2 de la FIGURA 5).

(3) Resultados de la cantidad de consumo semanal de alcohol

Los resultados de la comparación específica entre el sub-grupo 3A-SHFPA y el sub-grupo 3B-CHFPA que participaron en el programa PEREU, en términos de la cantidad de consumo semanal de alcohol, fueron los siguientes:

Los participantes del sub-grupo 3A-SHFPA reportaron consumir, en promedio, durante las condiciones de línea base, tratamiento, al mes de seguimiento, a los tres meses, a los 6 meses y al año: 28.86, 11.12, 8.21, 7.96, 8.55, y 9.86 copas estándar a la semana, respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 3B-CHFPA: 27.93, 11.60, 8.79, 8.36, 8.82, y 10.20 copas estándar a la semana, respectivamente, detectándose diferencias de 0.93, 0.48, 0.58, 0.40, 0.27, y 0.34, respectivamente. Al efectuarse el análisis estadístico de los datos reportados por ambos sub-grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la línea base ($\bar{X} = 28.86, DE = 4.42$) > ($\bar{X} = 27.93, DE = 3.68$), $t(54) = 0.87, p = .38$ ni al compararse los datos reportados en la línea base con los reportados al finalizar el tratamiento ($\bar{X} = 11.12, DE = 5.30$) < ($\bar{X} = 11.60, DE = 4.24$), $t(46) = -0.35, p = .72$ ni durante los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 8.21, DE = 2.60$) < ($\bar{X} = 8.79, DE = 2.19$), $t(26) = -0.62, p = .53$, a los tres meses ($\bar{X} = 7.96, DE = 2.37$) < ($\bar{X} = 8.36, DE = 1.89$), $t(46) = -0.65, p = .51$, a los seis meses ($\bar{X} = 8.55, DE = 1.92$) < ($\bar{X} = 8.82, DE = 1.95$), $t(74) = -0.59, p = .55$ y al año ($\bar{X} = 9.86, DE = 1.98$) < ($\bar{X} = 10.20, DE = 1.65$), $t(155) = -1.16, p = .24$ (Véase TABLA 6 y Gráfica 3 de la FIGURA 5).

(3) Resultados de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (IPAR y EDA)

Los participantes del sub-grupo 3A-SHFPA reportaron en el IPAR los siguientes números promedio de problemas relacionados con el consumo de alcohol durante las condiciones de línea base, el seguimiento a los seis meses y al año: 13, 3.3, y 3.6 problemas respectivamente. En tanto que los participantes del sub-grupo 3B-CHFPA: 13, 3.3 y 3.6 problemas respectivamente, observándose diferencias de 0, 0 y 0.3 problemas respectivamente entre ambos sub-grupos (Véase TABLA 6 y Gráfica 4 de la FIGURA 5).

Por otro lado, los participantes del sub-grupo 3A-SHFPA reportaron en la EDA los siguientes puntajes promedio durante las condiciones de línea base, el seguimiento a los seis meses y al año: 23, 3.6 y 3.3 puntos, respectivamente. En

tanto que los participantes del sub-grupo 3B-CHFPA: 24, 4.0 Y 3.3 puntos, respectivamente, observándose diferencias entre ambos sub-grupos de 1, 0.4 y 0 puntos, respectivamente (Véase TABLA 6 y Gráfica 5 de la FIGURA 5).

(5) Historia familiar de problemas de alcohol

Con base en la información proporcionada en el CAF por los tres participantes del sub-grupo 3B-CHFPA, estos problemas estuvieron presentes en dos de los tres padres biológicos (66.7%) y en dos de las tres madres biológicas (66.7%). De los tres participantes uno tuvo a sus dos padres biológicos con problemas de alcohol (33%). Por otro lado, se reportó una igual proporción de problemas de alcohol en padres biológicos como en madres biológicas, pero la participante tuvo más familiares con problemas de alcohol de primero y segundo grado que los participantes (4.0 vs. 3.0) y tuvo un mayor porcentaje materno de problemas de alcohol (100%) versus los participantes (0%) y un mayor número de familiares maternos de segundo grado con problemas de alcohol que los participantes (2 vs. 1). Cabe señalar que la información sobre la historia familiar de problemas de alcohol fue más incierta para el padre biológico que para la madre biológica. Esto es, los participantes tuvieron menos certeza sobre la precisión de información proporcionada acerca de su padre biológico. En una Escala de certeza cuyo rango fue de 1 (muy poca) a 4 (mucho), la calificación promedio fue de 4 para la madre y 3.0 para el padre.

Los anteriores resultados indican que la historia familiar de problemas de alcohol no tuvo efectos estadísticamente significativos entre ambos sub-grupos en ninguna de las tres medidas empleadas para evaluar el patrón de consumo de alcohol, a saber: cantidad de copas por ocasión de consumo, frecuencia de consumo semanal y cantidad de consumo semanal, reportados en la línea base, al finalizar el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año. Por otro lado, en el caso de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, las diferencias entre ambos sub-grupos fueron mínimas, por lo que en su conjunto, no afectaron de manera significativa los resultados específicos del programa PEREU. Por lo que se puede decir que a nivel del programa específico PEREU, la hipótesis de igualdad historia familiar de problemas de alcohol no afectó los resultados del tratamiento.

TABLA 6. Medias, desviaciones estándares y pruebas de significancia de las medidas repetidas de los sub-grupos con y sin historia familiar de problemas de alcohol 3A-SHFPA y 3B-CHFPA, respectivamente, del programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con dependencia sustancial o severa al alcohol (PEREU), respecto a los patrones de consumo y problemas relacionados, al comparar las condiciones de línea base y el tratamiento y la línea base y los seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año.

Condición	Sub-Grupo	N	\bar{X}	DE	T	gl	P
Línea Base (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	3A-SHFPA	29	3.07	0.37	1.34	56	.18
	3B-CHFPA	29	2.97	0.18	1.34	41	.18
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	3A-SHFPA	95	9.44	1.06	0.87	184	.93
	3B-CHFPA	91	9.43	1.05	0.87	184	.93
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	3A-SHFPA	29	28.86	4.42	0.87	56	.38
	3B-CHFPA	29	27.93	3.68	0.87	54	.38
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	3A-SHFPA		13.0				
	3B-CHFPA		13.0				
EDA	3A-SHFPA		23.0				
	3B-CHFPA		24.0				
Tratamiento (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	3A-SHFPA	25	2.64	0.49	-1.62	48	.11
	3B-CHFPA	25	2.84	0.37	-1.62	44	.11
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	3A-SHFPA	62	3.68	0.47	0.41	130	.67
	3B-CHFPA	70	3.64	0.48	0.41	130	.67
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	3A-SHFPA	25	11.12	5.30	-0.35	48	.72
	3B-CHFPA	25	11.60	4.24	-0.35	46	.72
Seguimiento al Mes (LIBARE-A)							
Frecuencia Semanal (# días)	3A-SHFPA	14	2.50	0.51	-0.36	26	.71
	3B-CHFPA	14	2.57	0.51	-0.36	26	.71
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	3A-SHFPA	35	3.29	0.75	-1.15	70	.25
	3B-CHFPA	37	3.46	0.50	-1.14	59	.25
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	3A-SHFPA	14	8.21	2.60	-0.62	26	.53
	3B-CHFPA	14	8.79	2.19	-0.62	26	.53
Seguimiento a los 3 Meses (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	3A-SHFPA	25	2.48	0.51	-1.13	48	.26
	3B-CHFPA	25	2.64	0.49	-1.13	48	.26
-Cantidad por Ocasión (# copas)	3A-SHFPA	62	3.19	0.64	0.75	131	.44
	3B-CHFPA	71	3.13	0.33	-0.73	88	.46
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	3A-SHFPA	25	7.96	2.37	-0.65	48	.51
	3B-CHFPA	25	8.36	1.89	-0.65	46	.51
Seguimiento a los 6 Meses (LIBARE-A)							
-Frecuencia Semanal (# días)	3A-SHFPA	38	2.55	0.50	-1.11	74	.26
	3B-CHFPA	38	2.68	0.52	-1.11	74	.26
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	3A-SHFPA	106	3.30	0.55	0.23	209	.81
	3B-CHFPA	105	3.29	0.45	0.23	201	.81
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	3A-SHFPA	38	8.55	1.92	-0.59	74	.55
	3B-CHFPA	38	8.82	1.95	-0.59	74	.55
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	3A-SHFPA		3.3				
	3B-CHFPA		3.3				
EDA	3A-SHFPA		3.6				
	3B-CHFPA		4.0				
Seguimiento 1 Año							
-Frecuencia Semanal (# días)	3A-SHFPA	81	2.80	0.43	-1.17	160	.24
	3B-CHFPA	81	2.88	0.36	-1.17	156	.24
-Cantidad por Ocasión (# copas estándar)	3A-SHFPA	223	3.51	0.50	-0.40	453	.68
	3B-CHFPA	232	3.53	0.50	-0.40	453	.68
-Cantidad Consumo Semanal (# Copas)	3A-SHFPA	81	9.86	1.98	-1.16	160	.24
	3B-CHFPA	81	10.20	1.65	-1.16	155	.24
-Problemas Relacionados al Consumo:							
IPAR	3A-SHFPA		3.6				
	3B-CHFPA		3.6				
EDA	3A-SHFPA		3.3				
	3B-CHFPA		3.3				

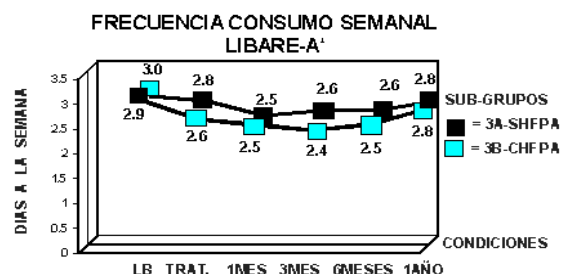
Nota: Los valores representan los puntajes promedio sobre el consumo de alcohol y problemas relacionados al consumo.

LIBARE-A = Línea Base Retrospectiva. IPAR = Índice de Problemas de Alcohol Rutgers.

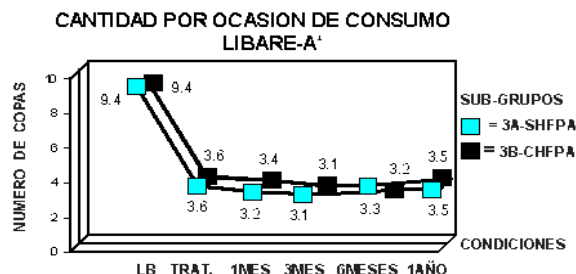
EDA = Escala de Dependencia al Alcohol. * $p < .05$ ** $p < .001$

FIG 5. RESULTADOS COMPARACION ESPECIFICA

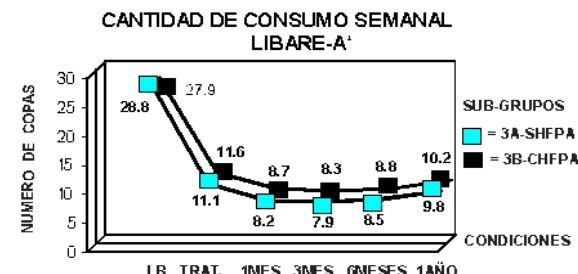
PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO PROGRAMA PEREU*



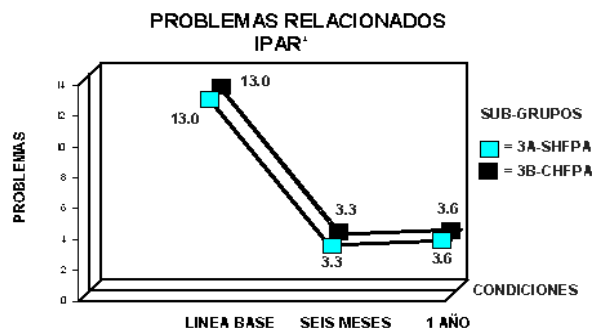
GRAFICA 1. Numero promedio de dias a la semana en que los participantes de los Sub-grupos Sin (3A-SHFPA) y Con (3B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A¹.



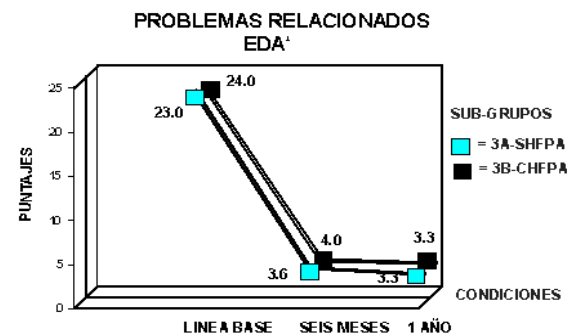
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Sub-grupos Sin (3A-SHFPA) y Con (3B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A¹.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los participantes de los Sub-grupos Sin (3A-SHFPA) y Con (3B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A¹.



GRAFICA 4. Numero promedio de problemas de alcohol reportados por los Sub-grupos Sin (3A-SHFPA) y Con (3B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio del IPAR¹ en la linea base y en los seguimientos a los seis meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los Sub-grupos Sin (3A-SHFPA) y Con (3B-CHFPA) Historia Familiar de Problemas de Alcohol por medio del EDA¹ en la linea base y en los seguimientos a los Seis Meses y al Año.

SIMBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 *PEREU = Prevencion Estructurada de Recaidas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial y Severa al Alcohol y Otras Drogas (PEREU; Quiroga y Vital, 2003). Adaptado de "Structured Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach (SRP; Amis, Herie & Watkin-Merek, 1996)
¹LIBARE-A = Linea Base Retrospectiva -Alcohol (LIBARE-A; Quiroga, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB; Sobell & Sobell, 1992, 2000)
¹IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAPI; White & Labouvier, 1989)
¹EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vital, 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & Fester, 1984)

7.2. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA CLÍNICA GENERAL Y ESPECÍFICA DEL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL MOTIVACIONAL DE ATENCIÓN ESCALONADA PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL

La evaluación de la eficacia clínica general y específica del modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol aquí propuesto, en términos de los patrones de consumo, fueron evaluados a través de un criterio terapéutico o de cambios “clínicamente significativos” que para el presente caso, la “frecuencia de consumo semanal de alcohol” fue de no más de 2 días a la semana, en promedio; para la “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” fue de no más de 3.7 copas por ocasión, en promedio; y en el caso del “consumo semanal de alcohol” fue de no más de 11 copas a la semana, en promedio, con base en los niveles establecidos por la ARF (ARF; 1993), por la ASAM (ASAM; 1994), por el NIAAA (NIAAA, 1995b) y adaptados para México por Medina Mora et al. (1997), considerando el número de participantes (18), la edad (18 a 35 años), el género (12 hombres y 6 mujeres) y peso de los participantes (45 a 91 Kg.).

Por otro lado, los cambios en los problemas relacionados con el consumo de alcohol se evaluaron durante los seguimientos efectuados a los 6 y 12 meses por medio del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) y por la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), ya que en el caso del IPAR se evalúan los seis meses previos y en la EDA los últimos 12 meses.

Finalmente, la satisfacción de los usuarios con el tratamiento reportada al finalizar el mismo y al año de seguimiento fue evaluada por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), en tanto que la satisfacción con la calidad de vida fue medida por medio de la Entrevista de Seguimiento del Usuario (ESU).

Resultados de la eficacia clínica general

Los resultados de la eficacia clínica general del modelo, determinada por medio del análisis de los datos correspondientes al total de los 18 estudiantes participantes, en términos de los patrones de consumo reportados en la “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” (número de días de consumo de alcohol a la semana), “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” (número de copas estándar de alcohol consumidas por ocasión) y “cantidad de consumo semanal de alcohol” (número de copas estándar de alcohol consumidas a la semana), no indicaron cambios clínicamente significativos para el caso de la “frecuencia de consumo semanal de alcohol”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 2.9 a 2.6 días) ni entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 2.9 a 2.3 días), a los tres meses (de 2.9 a 2.2 días), a los seis meses (de 2.9 a 2.3 días) y al año (de 2.9 a 2.5 días) (Véase Gráfica 1 de la FIGURA 6), pero sí en el caso de la “cantidad de consumo por ocasión”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 7.7 a

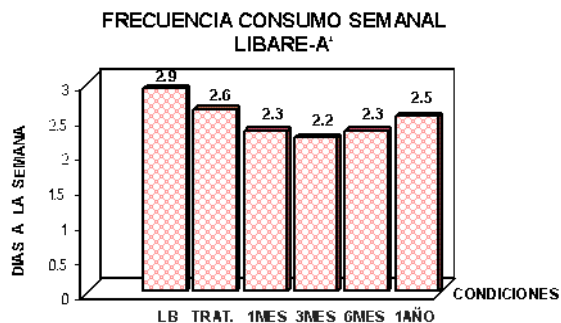
3.5 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 7.7 a 3.3 copas), a los tres meses (de 7.7 a 2.9 copas), a los seis meses (de 7.7 a 3.0 copas) y al año (de 7.7 a 3.4 copas (Véase Gráfica 2 de la FIGURA 6) y en el caso de la “cantidad de consumo semanal de alcohol”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 23.1 a 9.4 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 23.1 a 7.7 copas), a los tres meses (de 23.1 a 6.9 copas), a los seis meses (de 23.1 a 7.2 copas) y al año (de 23.1 a 8.5 copas) (Véase Gráfica 3 de la FIGURA 6).

Con respecto a la evaluación de la eficacia clínica general del Modelo aquí propuesto en lograr disminuir los problemas relacionados con el consumo de alcohol, en la Gráfica 4 de la FIGURA 6 se presenta el número promedio de problemas reportados en el IPAR por los 18 estudiantes participantes observándose, que durante la línea base, reportaron un promedio de 10.7 problemas, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 3.1 y 3.7 problemas respectivamente, con lo cual, se registraron reducciones de 7.6 y 7 problemas, en promedio. Por otro lado, en la Gráfica 5 de la FIGURA 6, se presenta el número promedio de puntos obtenidos por el total de 18 estudiantes participantes en la EDA durante las condiciones de línea base y en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, observándose que durante la línea base reportaron un promedio de 14.7 puntos, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 3.4 y 3.1 puntos respectivamente, con lo cual se registraron reducciones de 11.3 y 11.6 puntos, respectivamente. De esta forma, la magnitud del cambio al año de seguimiento fue mayor para las medidas de problemas relacionados con el consumo de alcohol (72.15%) comparadas con las de cantidad de consumo de alcohol (58.9%) y frecuencia de consumo de alcohol (13.8%), esta última demostrando los menores efectos.

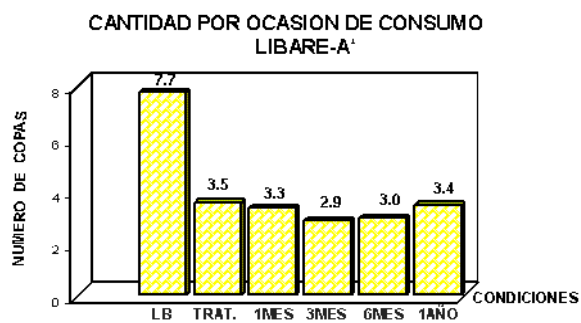
Por otro lado, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), un 26% de los estudiantes informó estar “bastante satisfecho” y un 74% “Muy satisfecho”; Un 37% calificó la calidad del servicio como “Buena” y un 63% como “Excelente”; Un 44% informó que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería y un 66% que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería; Un 44% informó que “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades” y un 66% que “Satisfizo” casi todas sus necesidades; El 100% reportó que si un amigo tuviera una necesidad de una ayuda similar “definitivamente” lo recomendaría; Un 77% informó que los servicios le “Ayudaron en algo” a manejar más eficazmente sus problemas y un 33% que le “ayudaron mucho” a manejar más eficazmente sus problemas; Y el 100% informó que si fuera a buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría.

FIG 6. RESULTADOS EFICACIA CLINICA GENERAL

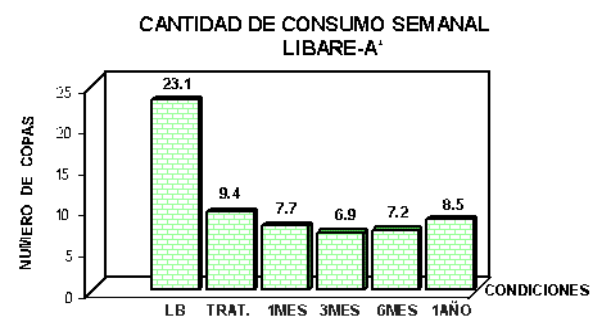
PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO



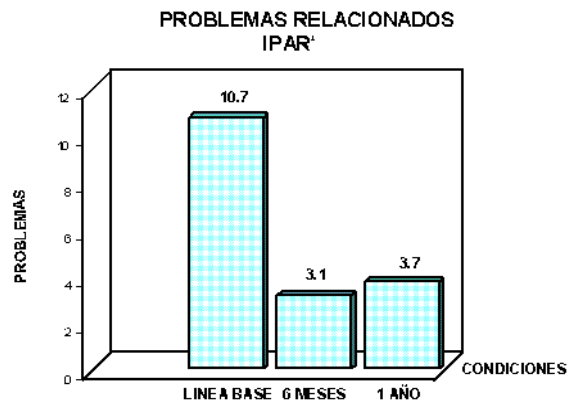
GRAFICA 1. Numero promedio de dias a la semana en que los 18 participantes reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



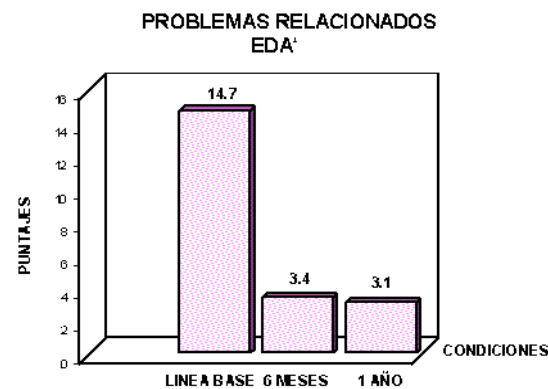
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 18 participantes reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 18 participantes reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 4. Numero promedio de problemas de alcohol reportados por los 18 participantes por medio del IPAR' en la Linea Base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los 18 participantes por medio de la EDA' en la linea base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.

SIMBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 'LIBARE - A = Linea Base Retrospectiva - Alcohol (LIBARE - A; Quiroga, 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB; Sobell & Sobell, 1992, 2000)
 'IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAP; White & Labouvier, 1989)
 'EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vial 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS; Skinner, Hom, Wanberg & Fester, 1984)

Resultados de la eficacia clínica específica

Programa DIBAEU

Los resultados de la eficacia clínica específica del modelo, determinada por medio del análisis de los datos correspondientes a los 6 estudiantes que participaron en el programa DIBAEU, en términos de los patrones de consumo reportados en la “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” (número de días de consumo de alcohol a la semana), “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” (número de copas estándar de alcohol consumidas por ocasión) y “cantidad de consumo semanal de alcohol” (número de copas estándar de alcohol consumidas a la semana), no indicaron cambios clínicamente significativos en la “frecuencia de consumo semanal”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 3.0 a 2.6 días) ni entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 3.0 a 2.3 días), a los tres meses (de 3.0 a 2.4 días), a los seis meses (de 3.0 a 2.3 días) y al año (de 3.0 a 2.6 días) (Véase Gráfica 1 de la FIGURA 7), pero sí se encontraron cambios clínicamente significativos en la “cantidad de consumo por ocasión”, al compararse la línea base y el tratamiento (de 5.8 a 3.5 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 5.8 a 3.5 copas), a los tres meses (de 5.8 a 3.5 copas), a los seis meses (de 5.8 a 3.6 copas) y al año (de 5.8 a 3.7 copas) (Véase Gráfica 2 de la FIGURA 7) y en el caso de la “cantidad de consumo semanal”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 18.4 a 9.3 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 18.4 a 8.2 copas), a los tres meses (de 18.4 a 9.3 copas), a los seis meses (de 18.4 a 8.5 copas) y al año (de 18.4 a 9.7 copas) (Véase Gráfica 3 de la FIGURA 7).

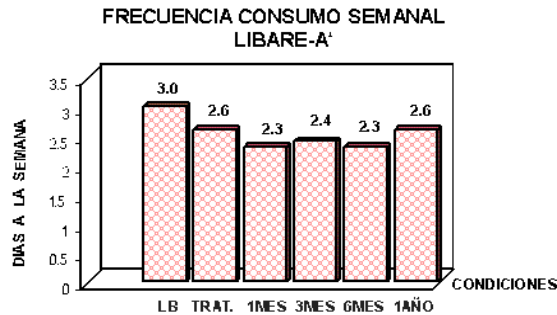
Con respecto a la evaluación de la eficacia clínica específica del Modelo aquí propuesto en lograr disminuir los problemas relacionados con el consumo de alcohol, en la Gráfica 4 de la FIGURA 7 se presenta el número promedio de problemas reportados en el IPAR por los 6 estudiantes participantes observándose, que durante la línea base, reportaron un promedio de 8.8 problemas, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 2.8 y 3.5 problemas respectivamente, con lo cual, se registraron reducciones significativas de 6 y 5.3 problemas, en promedio. Por otro lado, en la Gráfica 5 de la FIGURA 7 se presenta el número promedio de puntos obtenidos por los 6 estudiantes participantes en la EDA durante las condiciones de línea base y en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, observándose que durante la línea base reportaron un promedio de 7.8 puntos, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 3.0 y 2.8 puntos respectivamente, con lo cual se registraron reducciones significativas de 4.8 y 5 puntos respectivamente. De esta forma, la magnitud del cambio al año de seguimiento fue ligeramente mayor para las medidas de problemas relacionados con el consumo de alcohol (48%) comparadas con las de

cantidad de consumo de alcohol (41.7%) y frecuencia de consumo de alcohol (13.3%), esta última demostrando los menores efectos.

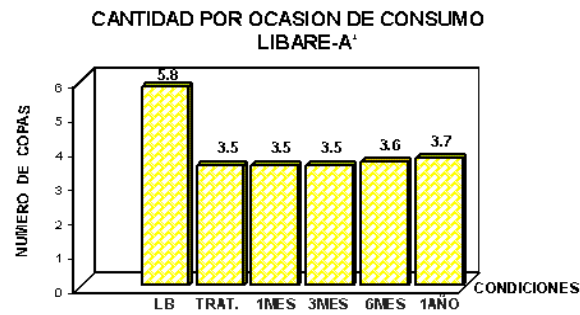
Por otro lado, con respecto a la evaluación de este programa por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), un 44% de los estudiantes informó estar "Bastante satisfecho" y un 66% "Muy satisfecho" con el programa; Un 50% calificó la calidad del servicio como "Buena" y un 50% como "Excelente"; Un 50% informó que "Generalmente" obtuvo la clase de servicio que quería y un 50% que "Definitivamente" obtuvo la clase de servicio que quería; Un 50% informó que el programa "Satisfizo" la mayoría de sus necesidades" y un 50% que "Satisfizo" casi todas sus necesidades; El 100% reportó que si un amigo tuviera una necesidad de una ayuda similar "Definitivamente" se lo recomendaría; Un 66% informó que los servicios le "Ayudaron en algo" a manejar más eficazmente sus problemas y un 44% que le "Ayudaron mucho" a manejar más eficazmente sus problemas; Y el 100% informó que si fuera a buscar ayuda nuevamente "Definitivamente" regresaría al programa.

FIG 7. RESULTADOS EFICACIA CLINICA ESPECIFICA

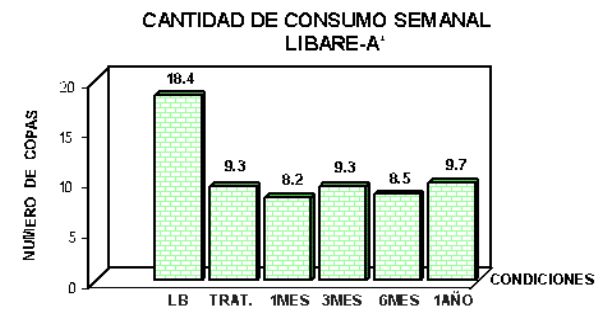
PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO PROGRAMA DIBAEU*



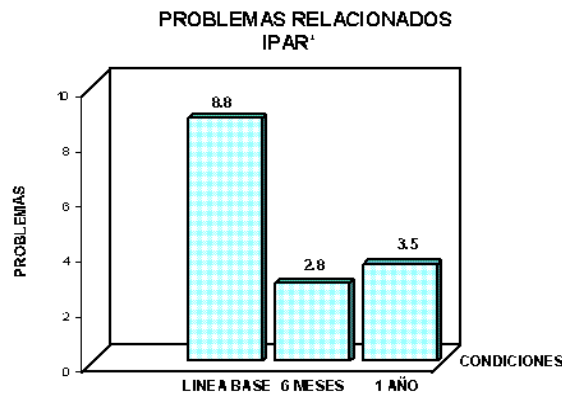
GRAFICA 1. Numero promedio de dias a la semana en que los 6 participantes del programa DIBAEU reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



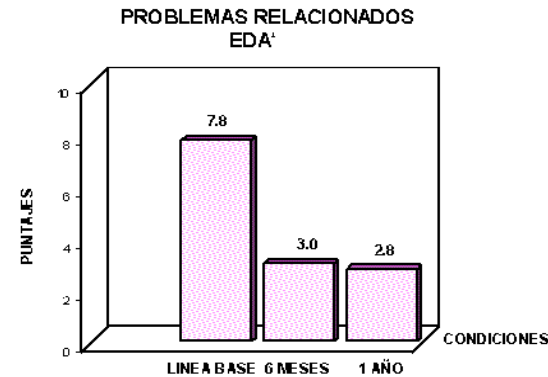
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 6 participantes del programa DIBAEU reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 6 participantes del programa DIBAEU reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigacion por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 4. Numero promedio de problemas de alcohol reportados por los 6 participantes del DIBAEU por medio del IPAR en la Linea Base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los 6 participantes del DIBAEU por medio de la EDA' en la linea base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.

SINBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 *DIBAEU = Deteccion e Intervencion Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado del "Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students" (BASICS; Dimeff, Kivlahan, Baer & Marlatt, 1999)
 'LIBARE -A = Linea Base Retrospectiva - Alcohol (LIBARE-A; Quiroga, 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB; Sobell & Sobell, 1992, 2000)
 'IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a poblacion universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAPI; White & Labouvier, 1989)
 'EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vital 2003). Adaptada a poblacion universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & Fester 1984)

Programa TAGEU

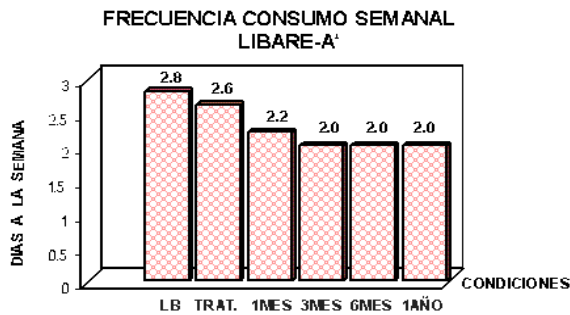
Los resultados de la eficacia clínica específica del modelo, determinada por medio del análisis de los datos correspondientes a los 6 estudiantes que participaron en el programa TAGEU, en términos de los patrones de consumo reportados en la “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” (número de días de consumo de alcohol a la semana), “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” (número de copas estándar de alcohol consumidas por ocasión) y “cantidad de consumo semanal de alcohol” (número de copas estándar de alcohol consumidas a la semana) no indicaron cambios clínicamente significativos en la “frecuencia de consumo semanal”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 2.8 a 2.6 días) ni entre la línea base y el seguimiento efectuado al mes (de 2.8 a 2.2 días); pero sí entre la línea base y los seguimientos efectuados a los tres meses (de 2.8 a 2.0 días), a los seis meses (de 2.8 a 2.0 días) y al año (de 2.8 a 2.0 días) (Véase Gráfica 1 de la FIGURA 8). También se encontraron cambios clínicamente significativos en la “cantidad de consumo de alcohol por ocasión”, al compararse la línea base y el tratamiento (de 7.5 a 3.4 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 7.5 a 3.0 copas), a los tres meses (de 7.5 a 2.2 copas), a los seis meses (de 7.5 a 2.3 copas) y al año (de 7.5 a 3.0 copas) (Véase Gráfica 2 de la FIGURA 8); y en la “cantidad de consumo semanal de alcohol”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 21.1 a 8.9 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 21.1 a 7.4 copas), a los tres meses (de 21.1 a 6.8 copas), a los seis meses (de 21.1 a 4.4 copas) y al año (de 21.1 a 6.0 copas) (Véase Gráfica 3 de la FIGURA 8).

Con respecto a la evaluación de la eficacia clínica específica del Modelo aquí propuesto en lograr disminuir los problemas relacionados con el consumo de alcohol por parte del programa TAGEU, en la Gráfica 4 de la FIGURA 8 se presenta el número promedio de problemas reportados en el IPAR por los 6 estudiantes participantes observándose, que durante la línea base, reportaron un promedio de 10.5 problemas, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 3.3 y 3.9 problemas respectivamente, con lo cual se registraron, en promedio, reducciones significativas de 7.2 y 6.6 problemas, respectivamente. Por otro lado, en la Gráfica 4 de la FIGURA 8 se presenta el número promedio de puntos obtenidos por los 6 estudiantes participantes en la EDA durante las condiciones de línea base y en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, observándose que durante la línea base reportaron un promedio de 7.8 puntos, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 3.0 y 2.8 puntos respectivamente, con lo cual se registraron reducciones significativas de 4.8 y 5 puntos respectivamente. De esta forma, la magnitud del cambio al año de seguimiento fue ligeramente mayor para las medidas de consumo de alcohol (65.7%) comparadas con las de problemas relacionados con el consumo de alcohol (63.48%), en tanto que la frecuencia de consumo de alcohol (28.5%), demostró los menores efectos.

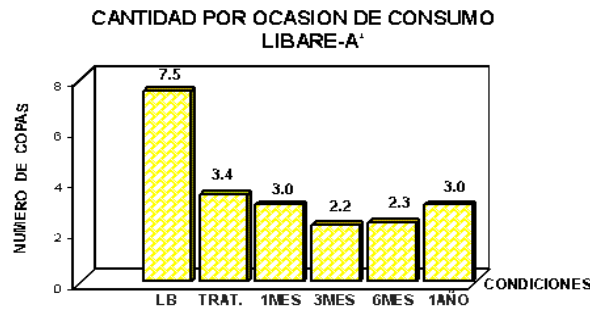
Por otro lado, con respecto a la evaluación de este programa por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), un 17% de los estudiantes informó estar “bastante satisfecho” y un 83% “Muy satisfecho” con el programa; Un 44% calificó la calidad del servicio como “Buena” y un 66% como “excelente”; Un 66% informó que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería y un 44% que “definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería; Un 66% informó que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades” y un 44% que “Satisfizo” casi todas sus necesidades; El 100% reportó que si un amigo tuviera una necesidad de una ayuda similar “definitivamente” se lo recomendaría; Un 66% informó que los servicios le “Ayudaron en algo” a manejar más eficazmente sus problemas y un 44% que le “ayudaron mucho” a manejar más eficazmente sus problemas; Y el 100% informó que si fuera a buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

FIG 8. RESULTADOS EFICACIA CLINICA ESPECIFICA

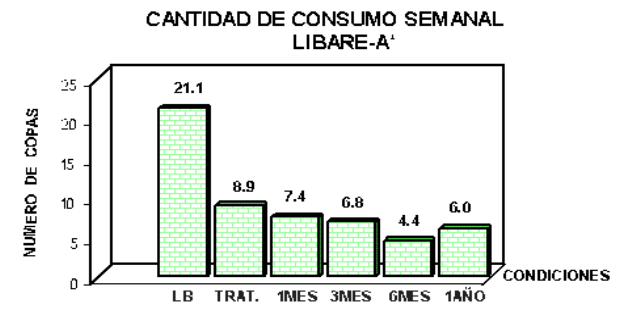
PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO PROGRAMA TAGEU*



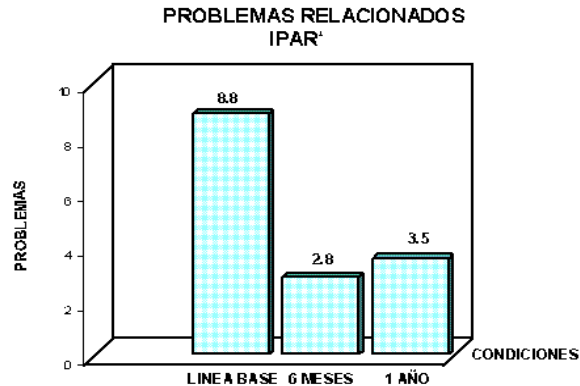
GRAFICA 1. Numero promedio de días a la semana en que los 6 participantes del programa TAGEU reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigación por medio de la LIBARE-A'.



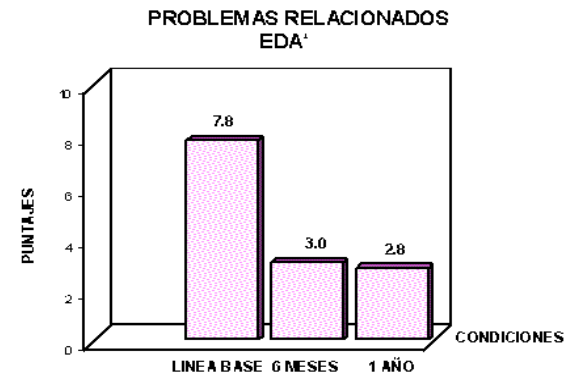
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 6 participantes del programa TAGEU reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigación por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 6 participantes del programa TAGEU reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigación por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 4. Numero promedio de problemas de alcohol reportados por los 6 participantes del TAGEU por medio del IPAR en la Linea Base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los 6 participantes del TAGEU por medio de la EDA' en la línea base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.

SIMBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 *TAGEU = Programa de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU; Quiroga y Montes, 2003). Adaptado del Problem-Drinkers Guided Self-Change Treatment (GSC; Sobell & Sobell, 1993)
 *LIBARE - A = Linea Base Retrospectiva -Alcohol (LIBARE-A; Quiroga, 2003). Adaptada a población universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB; Sobell & Sobell, 1992)
 *IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a población universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAPI; White & L. Labouvier, 1989)
 *EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vial, 2003). Adaptada a población universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & Fester, 1984)

Programa PEREU

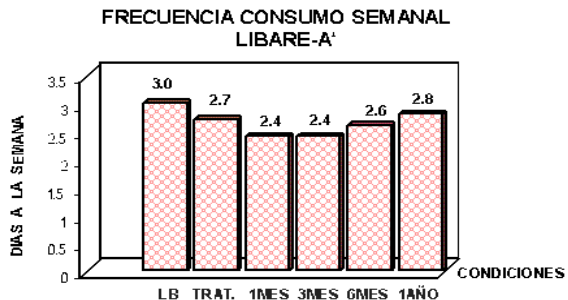
Los resultados de la eficacia clínica específica del modelo, determinada por medio del análisis de los datos correspondientes a los 6 estudiantes que participaron en el programa PEREU, en términos de los patrones de consumo reportados en la “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” (número de días de consumo de alcohol a la semana), “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” (número de copas estándar de alcohol consumidas por ocasión) y “cantidad de consumo semanal de alcohol” (número de copas estándar de alcohol consumidas a la semana) no indicaron cambios clínicamente significativos en la “frecuencia de consumo semanal”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 3.0 a 2.7 días) ni entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 3.0 a 2.4 días), a los tres meses (de 3.0 a 2.4 días), a los seis meses (de 3.0 a 2.6 días) y al año (de 3.0 a 2.8 días) (Véase Gráfica 1 de la FIGURA 9), pero sí en el caso de la “cantidad de consumo por ocasión”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 7.7 a 3.5 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 7.7 a 3.3 copas), a los tres meses (de 7.7 a 2.9 copas), a los seis meses (de 7.7 a 3.0 copas) y al año (de 7.7 a 3.4 copas) (Véase Gráfica 2 de la FIGURA 9) y en la “cantidad de consumo semanal de alcohol”, al compararse la línea base con el tratamiento (de 30.0 a 10.0 copas) y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes (de 30.0 a 8.1 copas), a los tres meses (de 30.0 a 7.6 copas), a los seis meses (de 30.0 a 8.7 copas) y al año (de 30.0 a 9.9 copas) (Véase Gráfica 3 de la FIGURA 9).

Con respecto a la evaluación de la eficacia clínica específica del Modelo aquí propuesto en lograr disminuir los problemas relacionados con el consumo de alcohol por parte del programa PEREU, en la Gráfica 4 de la FIGURA 9 se presenta el número promedio de problemas reportados en el IPAR por los 6 estudiantes participantes, observándose que durante la línea base, reportaron un promedio de 13.0 problemas, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 3.3 y 3.6 problemas respectivamente, con lo cual se registraron reducciones significativas de 9.7 y 9.4 problemas, respectivamente. Por otro lado, en la Gráfica 5 de la FIGURA 9 se presenta el número promedio de puntos obtenidos en la EDA por los 6 estudiantes participantes durante las condiciones de línea base y en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, observándose que durante la línea base reportaron un promedio de 23.5 puntos, en tanto que durante los seguimientos efectuados a los seis meses y al año se reportaron 3.8 y 3.3 puntos respectivamente, con lo cual se registraron reducciones significativas de 19.7 y 20.2 puntos, respectivamente. De esta forma, la magnitud del cambio al año de seguimiento fue ligeramente mayor para las medidas de problemas relacionados con el consumo de alcohol (79.1%) comparadas con las de cantidad de consumo de alcohol (61.4%) y frecuencia de consumo de alcohol a la semana (7%), esta última demostrando los menores efectos.

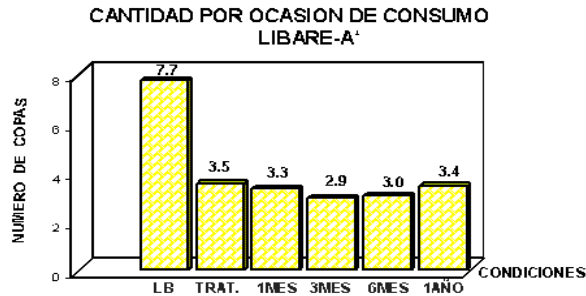
Por otro lado, con respecto a la evaluación de este programa por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), un 17% de los estudiantes informó estar “Bastante satisfecho” y un 83% “Muy satisfecho” con el programa; Un 17% calificó la calidad del servicio como “Buena” y un 83% como “Excelente”; Un 17% informó que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería y un 83% que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería; Un 17% informó que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades” y un 83% que “Satisfizo” casi todas sus necesidades; El 100% reportó que si un amigo tuviera una necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría; Un 100% informó que los servicios le “Ayudaron mucho” a manejar más eficazmente sus problemas; Y el 100% informó que si fuera a buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

FIG 9. RESULTADOS EFICACIA CLINICA ESPECIFICA

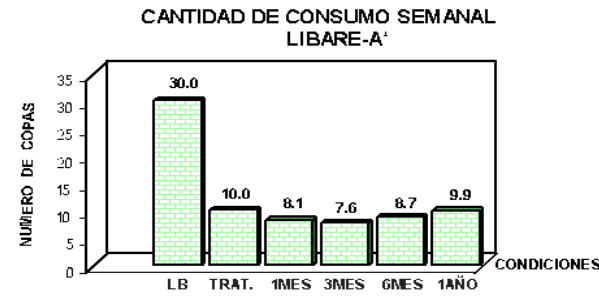
PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO PROGRAMA PEREU*



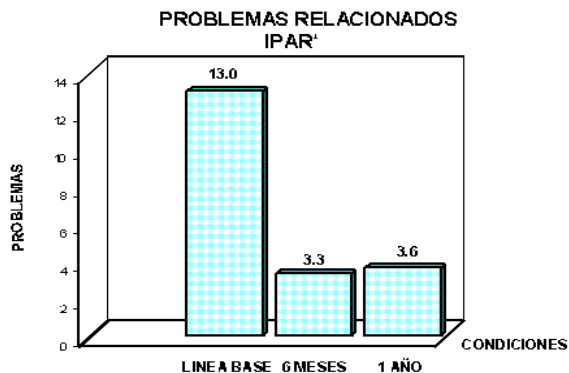
GRAFICA 1. Numero promedio de días a la semana en que los 6 participantes del programa PEREU reportaron consumir alcohol en las distintas condiciones de la investigación por medio de la LIBARE-A'.



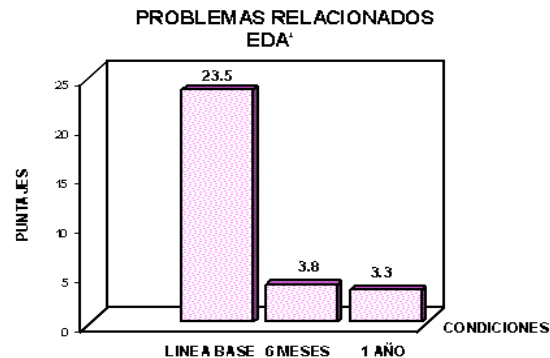
GRAFICA 2. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 6 participantes del programa PEREU reportaron consumir en cada ocasion en las distintas condiciones de la investigación por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 3. Numero promedio de copas estandar de alcohol en que los 6 participantes del programa PEREU reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigación por medio de la LIBARE-A'.



GRAFICA 4. Numero promedio de problemas de alcohol reportados por los 6 participantes del PEREU por medio del IPAR' en la Linea Base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.



GRAFICA 5. Puntajes promedio obtenidos por los 6 participantes del PEREU por medio de la EDA' en la línea base y en los seguimientos a los 6 meses y al año.

SIMBOLOGIA: LB = LINEA BASE, TRAT = TRATAMIENTO, 1MES = SEGUIMIENTO AL MES, 3M = SEGUIMIENTO A 3 MESES, 6MES = SEGUIMIENTO A 6 MESES, 1AÑO = SEGUIMIENTO AL AÑO.
 *PEREU = Prevención Estructurada de Recaidas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial y Severa al Alcohol y Otras Drogas (PEREU; Quiroga y Vital, 2003). Adaptado de "Structured Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach" (SRP; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996)
 'LIBARE - A = Linea Base Retrospectiva - Alcohol (LIBARE - A; Quiroga, 2003). Adaptada a población universitaria mexicana, a partir de la "Time Line Follow-Back" (TLFB; Sobell & Sobell, 1992, 2000)
 IPAR = Indice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR; Quiroga y Cabrera, 2003). Adaptado a población universitaria mexicana, a partir del "Rutgers Alcohol Problem Index" (RAPI; White & Labouvier, 1989)
 EDA = Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga y Vital 2003). Adaptada a población universitaria mexicana, a partir de la "Dependence Alcohol Scale" (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & Fester, 1984)

7.3. RESULTADOS INDIVIDUALES Y DE EFICACIA CLÍNICA Y ESTADÍSTICA A NIVEL SUB-GRUPAL DE LOS PROGRAMAS DEL MODELO

Programa DIBAEU

En las Figuras 10 y 11 se presentan los resultados correspondientes al número de copas estándar de alcohol reportadas como consumidas diariamente por cada uno de los seis participantes de los sub-grupos sin y con historia familiar de problemas de alcohol 1A-SHFPA y 1B-CHFPA, respectivamente, que recibieron el programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso y Dependencia Leve (DIBAEU), durante las condiciones de línea base, tratamiento y seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Participante 1-1A. Como se observa en la gráfica superior de la FIGURA 10, este participante reportó consumir, en promedio, 6 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3.3, copas, el cual se mantuvo en el seguimiento efectuado al mes (3.3 copas) y subió levemente a 3.5, 3.5 y 4 copas durante los seguimientos efectuados a los tres meses, seis meses y al año, respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos, al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado, este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no redujo ni incrementó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), pero si la redujo durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres y a los seis meses, al reportarse frecuencias de 2, 2.4 y 2.5 días en promedio. Sin embargo, durante el seguimiento efectuado al año la frecuencia retornó al mismo nivel de la línea base (3 días), por lo que con este participante el programa DIBAEU solo tuvo efectos leves y no duraderos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por este participante, que durante la línea base fue de 18 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 9.9, 6.6, 8.6, 8.7 y 11.3 copas, respectivamente, por lo que con este participante el programa DIBAEU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 9 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 3 y 4 problemas respectivamente.

Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse puntajes de 8, 3 y 3 durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Muy satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 2-1A. Como se observa en la gráfica intermedia de la FIGURA 10, este participante reportó consumir, en promedio, 5 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 4 copas y el cual se mantuvo prácticamente en todos los seguimientos, reportándose consumos de 4, 4, 3.9 y 4 copas al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos, al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, disminuyó significativamente dicha frecuencia durante el tratamiento y los seguimientos efectuados al mes, a los tres, a los seis meses, y al año, al reportarse frecuencias de 2, 2, 2 y 2 días en promedio, por lo que con este participante el programa DIBAEU tuvo efectos clínicamente significativos y duraderos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por este participante, que durante la línea base fue de 15 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al registrarse consumos de 8, 8, 8, 7.8 y 8 copas, respectivamente, por lo que con este participante el programa DIBAEU produjo cambios clínicamente significativos al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 8 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 3 y 3 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 8, 3 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Bastante satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Buena”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó algo” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 3-1A. Como se observa en la gráfica inferior de la FIGURA 10, esta participante reportó consumir, en promedio, 5 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3 copas, el cual mantuvo prácticamente en todos los seguimientos, reportando consumos de 3, 3, 3 y 3 copas, al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles de consumo excesivo de alcohol por ocasión.

Por otro lado esta participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento y los seguimientos efectuados al mes, a los seis meses, y al año, al reportar frecuencias de 2, 2, y 2 días en promedio, con excepción del seguimiento a los tres meses que fue idéntico al reportado en la línea base (3 días), por lo que con este participante el programa DIBAEU produjo cambios clínicamente significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informada por esta participante, que durante la línea base fue de 15 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 6, 6, 9, 6 y 6 copas, respectivamente, por lo que con este participante el programa DIBAEU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad de consumo excesivo de alcohol a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por esta participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 8 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 2 y 2 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron por medio de la EDA al reportarse puntajes de 7, 3 y 2 durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), esta participante informó estar “Muy satisfecha” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Buena”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus

necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

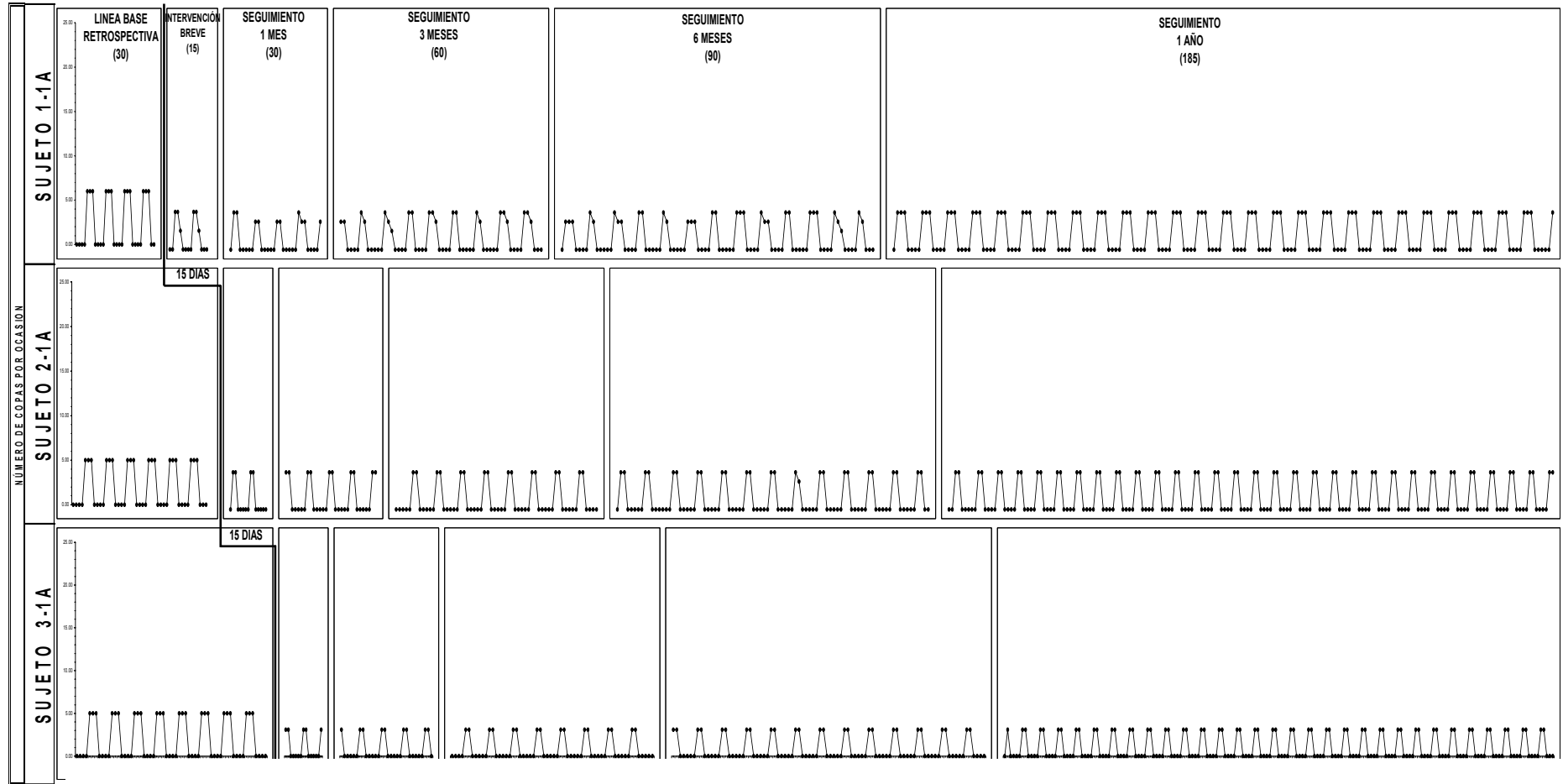
Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias de los datos correspondientes a la cantidad de copas consumidas por ocasión de este sub-grupo de tres participantes sin historia familiar de problemas de alcohol que recibieron el Programa DIBAEU, empleando la prueba *t* de muestras relacionadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 5.80, DE = 0.41$) > ($\bar{X} = 3.40, DE = 0.73$), $t(14) = 12.61, p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 5.41, DE = 0.50$) > ($\bar{X} = 3.45, DE = 0.50$), $t(28) = 14.47, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 5.22, DE = 0.42$) > ($\bar{X} = 3.52, DE = 0.54$), $t(53) = 17.45, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 5.22, DE = 0.42$) > ($\bar{X} = 3.70, DE = 0.50$), $t(53) = 14.96, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 5.22, DE = 0.42$) > ($\bar{X} = 4.00, DE = 0.00$), $t(53) = 21.40, p = .00$.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo semanal de alcohol”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.33, DE = 0.51$), $t(5) = 3.162, p = .02$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.08, DE = 0.27$), $t(12) = 12.00, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.28, DE = 0.46$), $t(17) = 6.64, p = .00$, y a los seis meses ($\bar{X} = 3.00, DE = .00$) > ($\bar{X} = 2.39, DE = 0.50$), $t(17) = 5.16, p = .00$., pero no en el efectuado al año, ni entre la línea base y la intervención.

Asimismo, se detectaron cambios estadísticamente significativos en la medida de “cantidad de consumo semanal de alcohol”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 17.00, DE = 1.54$) > ($\bar{X} = 8.00, DE = 1.78$), $t(5) = 24.68, p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 15.92, DE = 1.44$) > ($\bar{X} = 7.08, DE = 1.32$), $t(12) = 18.49, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 15.67, DE = 1.28$) > ($\bar{X} = 8.50, DE = 1.24$), $t(17) = 16.11, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 15.67, DE = 1.28$) > ($\bar{X} = 8.67, DE = 1.49$), $t(17) = 12.21, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 15.67, DE = 1.28$) > ($\bar{X} = 12.00, DE = 0.00$), $t(17) = 12.12, p = .00$.

DISEÑO LÍNEA BASE MÚLTIPLE ENTRE SUJETOS

GRUPO 1A - SHFPA (INTERVENCIÓN BREVE "DIBAEU") PARTICIPANTES SIN HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL



DIAS

FIGURA 10. Número de copas consumidas diariamente por cada uno de los tres participantes del Sub-grupo 1A-SHFPA que recibieron el programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU) durante las distintas condiciones del estudio.

Participante 1-1B. Como se observa en la gráfica superior de la FIGURA 11, este participante reportó consumir, en promedio, 7 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 4 copas y disminuyó aún más en el seguimiento efectuado al mes a 3.6 copas, nivel que prácticamente se mantuvo en los seguimientos efectuados, a los tres meses, seis meses y al año, respectivamente, en los que se reportaron consumos de 4, 4 y 4 copas, respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó ni aumentó dicha frecuencia durante el tratamiento ni durante el seguimiento efectuado al mes, en los cuales reportó consumos de 3 y 3 días respectivamente, pero si la redujo durante los seguimientos efectuados a los tres y a los seis meses, al reportarse frecuencias de 2, 2.4 y 2.5 días de consumo en promedio. Sin embargo, durante el seguimiento efectuado al año la frecuencia retornó al mismo nivel de la línea base (3 días), por lo que con este participante el programa DIBAEU solo tuvo efectos leves y no duraderos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informada por este participante, que durante la línea base fue de 24 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 12, 10.8, 9.6, 10 y 12 copas respectivamente, por lo que con este participante el programa DIBAEU produjo cambios clínicamente significativos al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 10 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 3 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 8, 3 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Bastante satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Buena”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó algo” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 2-1B. Como se observa en la gráfica intermedia de la FIGURA 11,

este participante reportó consumir, en promedio, 6 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3.8 copas, el cual se mantuvo prácticamente en los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año, al reportarse 3.9, 4, 4 y 4 copas respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), aunque si durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres, a los seis meses, y al año, al reportarse frecuencias de 2.5, 2.7 y 2.8 días. Sin embargo, durante el seguimiento efectuado al año, la frecuencia retornó a niveles de línea base (3 días), por lo que con este participante el programa DIBAEU tuvo efectos muy leves y no duraderos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informada por este estudiante, que durante la línea base fue de 18 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 11.4, 9.7, 10.8, 11.2 y 12 copas a la semana, respectivamente, por lo que con este participante el programa DIBAEU tuvo efectos clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 9 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 8, 3 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Muy satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 3-1B. Como se observa en la gráfica inferior de la FIGURA 11, esta participante reportó consumir, en promedio, 6 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3 copas, el cual se mantuvo prácticamente en todos los seguimientos, reportando consumos

de 3.2, 3, 3 y 3 copas al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles de consumo excesivos de alcohol por ocasión.

Por otro lado esta participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días) y el seguimiento efectuado al año (3 días), pero si en los seguimientos efectuados al mes, a los tres y seis meses, al reportarse frecuencias de 2.6, 2.4 y 2.6 días, en promedio, lo que con esta participante el programa DIBAEU no tuvo efectos clínicamente significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por esta participante, que durante la línea base fue de 20.4 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 9, 8.3, 7.2, 7.8 y 9 copas, respectivamente, por lo que con esta participante el programa DIBAEU produjo cambios clínicamente significativos al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por esta participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 9 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 2 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron por medio de la EDA al reportarse 8, 3 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), esta participante informó estar "Muy satisfecha" con el programa, calificó la calidad del servicio como "Excelente", que "Definitivamente" obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa "Satisfizo" casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar "Definitivamente" se lo recomendaría, que le "Ayudó mucho" a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente "Definitivamente" regresaría al programa.

Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de diferencias de medias, de los datos correspondientes a la cantidad de copas consumidas por ocasión de este sub-grupo de tres participantes con historia familiar de problemas de alcohol que recibieron el programa DIBAEU, empleando la prueba t de muestras relacionadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 6.74$, $DE = 0.45$) > ($\bar{X} = 3.58$, $DE = 0.50$), $t(18) = 36.74$, $p = .00$, y en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 6.41$, $DE = 0.50$) > ($\bar{X} =$

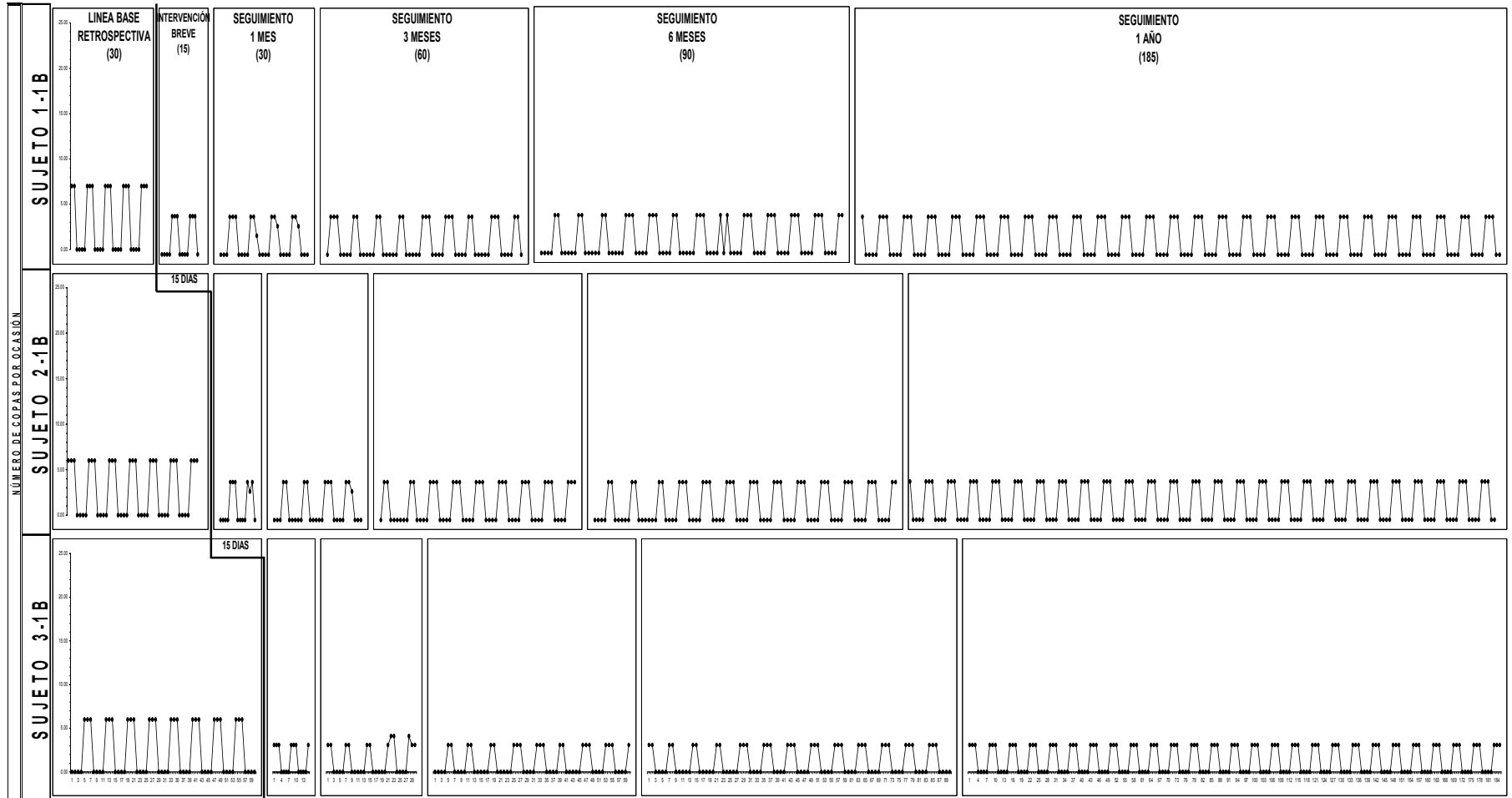
3.59, $DE = 0.55$), $t(33) = 24.46$, $p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 6.24$, $DE = 0.42$) > ($\bar{X} = 3.80$, $DE = 0.40$), $t(58) = 37.44$, $p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 6.24$, $DE = 0.42$) > ($\bar{X} = 4.00$, $DE = 0.00$), $t(58) = 40.05$, $p = .00$, y al año ($\bar{X} = 6.24$, $DE = 0.42$) > ($\bar{X} = 4.00$, $DE = 0.00$), $t(58) = 40.05$, $p = .00$.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 3.00$, $DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.69$, $DE = 0.48$), $t(12) = 2.309$, $p = .04$, a los tres meses ($\bar{X} = 3.00$, $DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.67$, $DE = 0.48$), $t(17) = 2.91$, $p = .01$, y a los seis meses ($\bar{X} = 3.00$, $DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.50$, $DE = 0.51$), $t(17) = 4.12$, $p = .00$., pero no en el efectuado al año, ni entre la línea base y la intervención.

Igualmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 20.00$, $DE = 1.54$) > ($\bar{X} = 12.00$, $DE = 3.28$), $t(5) = 8.00$, $p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 18.92$, $DE = 1.44$) > ($\bar{X} = 9.69$, $DE = 2.13$), $t(12) = 17.72$, $p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 18.67$, $DE = 1.28$) > ($\bar{X} = 10.56$, $DE = 1.88$), $t(17) = 13.66$, $p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 18.67$, $DE = 1.28$) > ($\bar{X} = 10.00$, $DE = 2.05$), $t(17) = 12.46$, $p = .00$, y al año ($\bar{X} = 18.67$, $DE = 1.28$) > ($\bar{X} = 12.00$, $DE = 0.00$), $t(17) = 22.03$, $p = .00$.

DISEÑO LÍNEA BASE MÚLTIPLE ENTRE SUJETOS

GRUPO 1B - CHFPA (INTERVENCIÓN BREVE "DIBAEU") PARTICIPANTES CON HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL



DIAS

FIGURA 11. Número de copas consumidas diariamente por cada uno de los tres participantes del Sub-grupo 1B-CHFPA que recibieron el programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU) durante las condiciones de la investigación.

Programa TAGEU

En las Figuras 12 Y 13 se presentan los resultados correspondientes al número de copas estándar de alcohol reportadas como consumidas diariamente por cada uno de los seis participantes de los sub-grupos sin y con historia familiar de problemas de alcohol 2A-SHFPA y 2B-CHFPA respectivamente, que recibieron el programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para bebedores problema de alcohol con dependencia moderada (TAGEU), durante las condiciones de línea base, tratamiento y los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Participante 1-2A. Como se observa en la gráfica superior de la FIGURA 12, este participante reportó consumir, en promedio, 8 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3.7, copas, el cual decrementó aún más en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses y a los seis meses, ya que se reportaron consumos de 3.2, 2.2, y 2.1 copas respectivamente, elevándose levemente durante el seguimiento al año a 3.1 copas por ocasión, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio dos días a la semana, no redujo ni incrementó dicha frecuencia durante el tratamiento ni durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse frecuencias de 2, 2, 2, 2, y 2 días en promedio, por lo que con este participante el programa TAGEU mantuvo la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informada por este participante, que durante la línea base fue de 16 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 7.4, 6.4, 4.4, 3.8 y 6.2 copas a la semana, respectivamente, por lo que con este participante el programa TAGEU tuvo efectos clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumido a la semana,

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 11 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas, respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 14, 4 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de

Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Muy satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 2-2A. Como se observa en la gráfica intermedia de la FIGURA 12, este participante reportó consumir, en promedio, 7 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3.4 copas, el cual aumentó durante el seguimiento efectuado al mes (3.5 copas) y disminuyó aún más durante los seguimientos efectuados a los tres y seis meses (2 y 2.1, copas, respectivamente), aumentando en el seguimiento realizado al año a 3.5 copas por ocasión, detectándose cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), pero sí en los seguimientos efectuados al mes, a los tres, a los seis meses, y al año, al reportarse frecuencias de 2, 2, 2 y 2 días en promedio, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informada por este estudiante, que durante la línea base fue de 21 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al obtenerse consumos de 10.2, 7, 4, 4 Y 7 copas a la semana, respectivamente, por lo que con este participante el programa TAGEU tuvo efectos clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumido a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 10 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron por medio de la EDA al reportarse 13, 3 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Muy satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Buena”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus

necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “ayudó algo” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 3-2A. Como se observa en la gráfica inferior de la FIGURA 12, esta participante reportó consumir, en promedio, 6 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3.1 copas, el cual disminuyó aún más durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, reportándose consumos de 3, 2.1, 2.2 y 2.8 respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado esta participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento a 2 días a la semana, retornando al nivel de la línea base durante el seguimiento efectuado al mes al reportar consumo de tres días a la semana, disminuyendo en los seguimientos efectuados a los tres meses, a los seis meses, y al año, al reportarse frecuencias de 2, 2, y 2 días, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por esta participante, que durante la línea base fue de 18 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 6.2, 9, 4.2, 4 y 5.6 copas, respectivamente, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 9 problemas, se reportaron cambios significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 2 y 3 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 12, 3 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), esta participante informó estar “Muy satisfecha” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de diferencias de medias, de los datos correspondientes a la cantidad de copas consumidas por ocasión de este sub-grupo de tres participantes sin historia familiar de problemas de alcohol que recibieron el Programa TAGEU, empleando la prueba t de muestras relacionadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 7.50, DE = 0.50$) > ($\bar{X} = 3.43, DE = 0.69$), $t(27) = 28.11, p = .00$, y en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 7.58, DE = 0.50$) > ($\bar{X} = 3.25, DE = 0.44$), $t(23) = 33.32, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 6.94, DE = 0.77$) > ($\bar{X} = 2.08, DE = 0.26$), $t(51) = 40.61, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 6.72, DE = 0.78$) > ($\bar{X} = 2.00, DE = 0.00$), $t(67) = 49.34, p = .00$ y al año ($\bar{X} = 6.72, DE = 0.78$) > ($\bar{X} = 3.19, DE = 0.62$), $t(67) = 25.54, p = .00$.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.38, DE = 0.50$), $t(12) = 4.38, p = .00$, y entre la línea base y el seguimiento efectuado al mes ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.08, DE = 0.27$), $t(12) = 12.00, p = .00$, pero no en los seguimientos efectuados a los tres meses, a los seis meses y al año.

Igualmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 21.23, DE = 2.27$) > ($\bar{X} = 10.38, DE = 4.97$), $t(12) = 7.95, p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 21.23, DE = 2.27$) > ($\bar{X} = 6.77, DE = 1.30$), $t(12) = 20.82, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 20.10, DE = 2.40$) > ($\bar{X} = 4.30, DE = 0.73$), $t(19) = 31.24, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 20.10, DE = 2.40$) > ($\bar{X} = 4.00, DE = 0.00$), $t(19) = 29.95, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 20.10, DE = 2.40$) > ($\bar{X} = 5.95, DE = 1.14$), $t(19) = 28.36, p = .00$.

DISEÑO LÍNEA BASE MÚLTIPLE ENTRE SUJETOS

GRUPO 2A - SHFPA (TRATAMIENTO BREVE "TAGEU") PARTICIPANTES SIN HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL

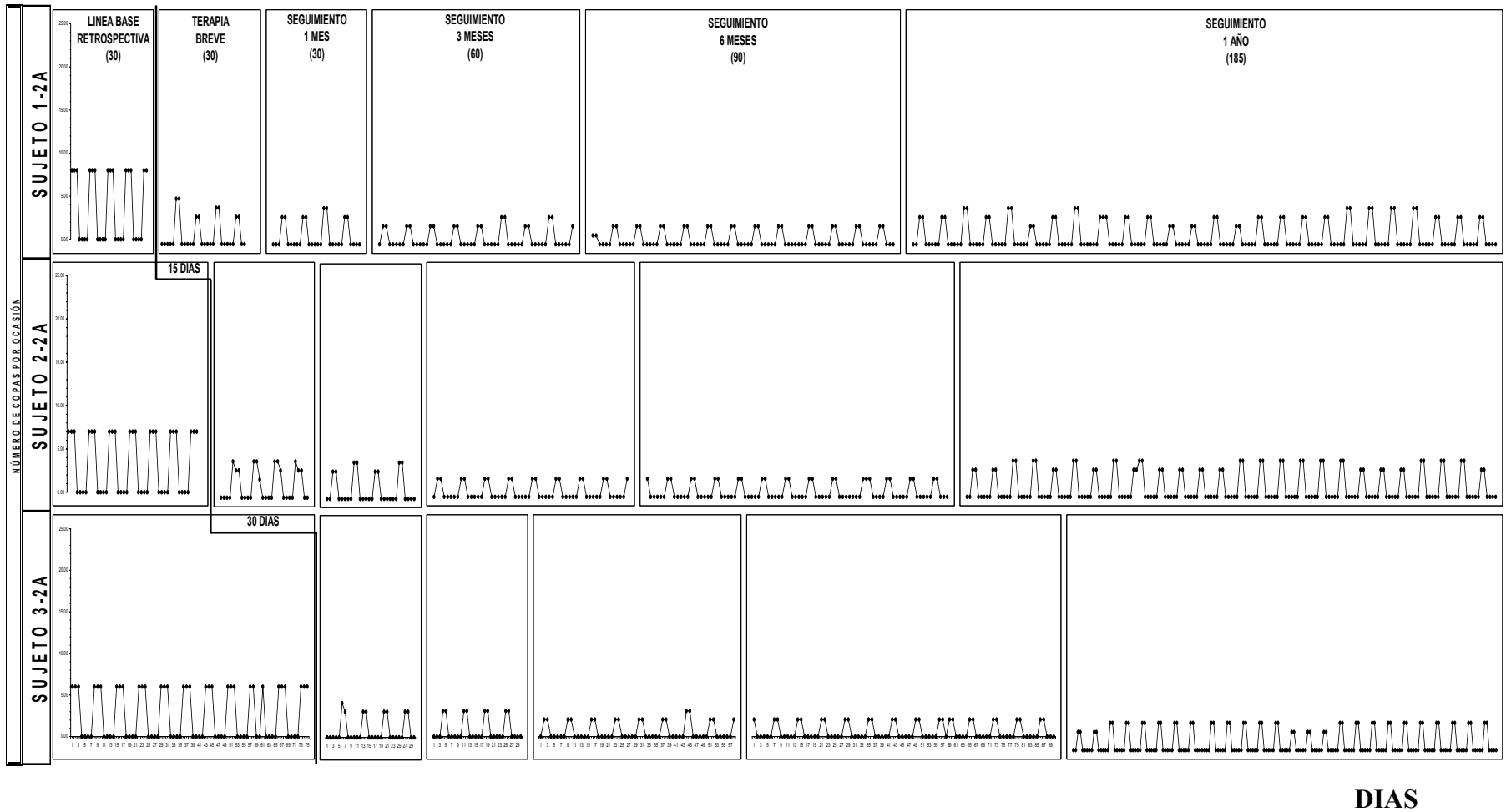


FIGURA 12. Número de copas consumidas diariamente por cada uno de los tres participantes del Sub-grupo 2A-SHFPA que participaron en el programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para bebedores problema con Dependencia Moderada (TAGEU) durante las condiciones de la investigación.

Participante 1-2B. Como se observa en la gráfica superior de la FIGURA 13, este participante reportó consumir, en promedio, 9 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3.5 copas y disminuyó aún más durante los seguimientos efectuados al mes, tres meses y seis meses, en los que se reportaron consumos de 3.2, 2.8 y 2.6 copas respectivamente, aumentando a 3.2 copas durante el seguimiento efectuado al año, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles de consumo excesivos de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no redujo ni incrementó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), pero si la redujo durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse frecuencias de 2, 2, 2.1 y 2 días de consumo, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informado por este participante, que durante la línea base fue de 27 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al obtenerse consumos de 10.5, 6.4, 5.6, 5.4, y 6.4 copas a la semana, respectivamente, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse los niveles excesivos de consumo semanal de alcohol.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 12 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron por medio de la EDA al reportarse 14, 4 y 4 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Muy satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó algo” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 2-2B. Como se observa en la gráfica intermedia de la FIGURA 13, este participante reportó consumir, en promedio, 8 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 4 copas,

disminuyendo aún más durante los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año, al reportar 3.2, 2.5, 2.9 y 3.2 copas respectivamente, detectándose cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), aunque si durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres, a los seis meses, y al año, al reportarse frecuencias de 2, 2, 2 y 2 días respectivamente, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informada por este estudiante, que durante la línea base fue de 24 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 12, 6.4, 5, 5.8 y 6.4 copas a la semana, respectivamente, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 11 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 3 y 5 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 15, 4 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Bastante satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Buena”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó algo” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 3-2B. Como se observa en la gráfica inferior de la FIGURA 13, esta participante reportó consumir, en promedio, 7 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 2.7 copas, disminuyendo aún más durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, reportando consumos de 2.4, 2.1, 2 y 2.5 copas, respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado esta participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento a 2.7 días y en los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año, al reportarse frecuencias de 2.5, 2, 2 y 2 días, respectivamente, por lo que con esta participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por esta estudiante, que durante la línea base fue de 21 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 7.2, 6, 4.2, 4 y 5 copas, respectivamente, por lo que con este participante el programa TAGEU produjo cambios clínicamente significativos al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por esta participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 10 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 2 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 12, 4 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

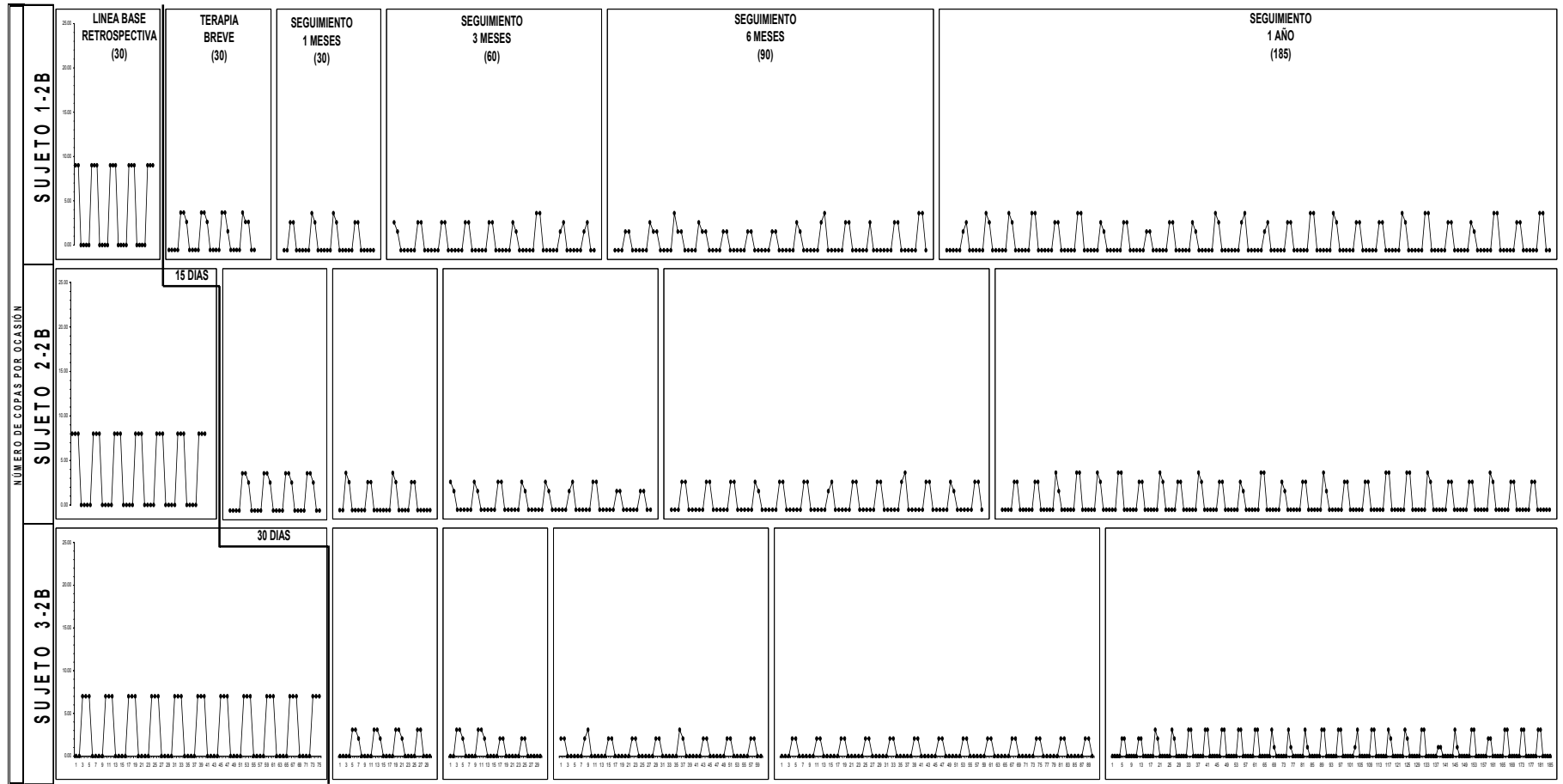
Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), esta participante informó estar “Muy satisfecha” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó algo” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de diferencias de medias, de los datos correspondientes a la cantidad de copas consumidas por ocasión de este sub-grupo de tres participantes con historia familiar de problemas de alcohol que recibieron el programa TAGEU, empleando la prueba t de muestras relacionadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 8.40, DE = 0.49$) > ($\bar{X} = 3.31, DE = 0.67$), $t(34) = 42.87$, $p = .00$, en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 8.54, DE = 0.50$) > ($\bar{X} = 2.92, DE = 0.62$), $t(25) = 57.71$, $p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 7.91, DE = 0.78$) > ($\bar{X} = 2.50, DE = 0.57$), $t(53) = 63.07$, $p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 7.72, DE = 0.78$) > ($\bar{X} = 2.60, DE = 0.62$), $t(67) = 40.97$, $p = .00$, y al año ($\bar{X} = 7.72, DE = 0.78$) > ($\bar{X} = 3.22, DE = 0.68$), $t(67) = 34.61$, $p = .00$.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.31, DE = 0.48$), $t(12) = 5.19, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 2.10, DE = 0.44$), $t(19) = 9.00, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 3.00, DE = 0.00$) > ($\bar{X} = 1.95, DE = 0.22$), $t(19) = 21.00, p = .00$, pero no en el seguimiento efectuado a los tres meses. Igualmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($X = 24.23, DE = 2.27$) > ($X = 12.46, DE = 5.88$), $t(12) = 7.74, p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 24.23, DE = 2.27$) > ($\bar{X} = 6.92, DE = 1.89$), $t(12) = 26.06, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 23.10, DE = 2.40$) > ($\bar{X} = 5.30, DE = 0.73$), $t(19) = 37.59, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 23.10, DE = 2.40$) > ($\bar{X} = 5.55, DE = 1.23$), $t(19) = 31.36, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 23.10, DE = 2.40$) > ($\bar{X} = 6.15, DE = 1.22$), $t(19) = 26.37, p = .00$.

DISEÑO LINEA BASE MÚLTIPLE ENTRE SUJETOS

GRUPO 2B - CHFPA (TRATAMIENTO BREVE "TAGEU") PARTICIPANTES CON HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL



DIAS

FIGURA 13. Número de copas consumidas diariamente por cada uno de los tres participantes del Sub-grupo 2B-CHFPA, que recibieron el programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para bebedores problema con Dependencia Moderada (TAGEU) durante las condiciones de la investigación.

Programa PEREU

En las Figuras 14 Y 15 se presentan los resultados correspondientes al número de copas estándar de alcohol reportadas como consumidas diariamente por cada uno de los seis participantes de los sub-grupos sin y con historia familiar de problemas de alcohol 3A-SHFPA y 3B-CHFPA respectivamente, que recibieron el programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial y Severa al Alcohol (PEREU), durante las condiciones de línea base, tratamiento y los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Participante 1-3A. Como se observa en la gráfica superior de la FIGURA 14, este participante reportó consumir, en promedio, 12 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 4 copas, el cual incrementó en los seguimientos efectuados al mes (4.3 copas) y a los tres meses (4.2 copas) y se mantuvo con respecto al conseguido al nivel de tratamiento en los seguimientos efectuados a los seis meses (4 copas) y al año (4 copas), con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no redujo ni incrementó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), pero si la decrementó durante los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse frecuencias de 2.4, 2.2, 2.5 y 2.7 días en promedio, por lo que con este participante el programa PEREU no reportó cambios clínicamente significativos en la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por este participante, que durante la línea base fue de 36 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al obtenerse consumos de 12, 9.6, 8.8, 10 y 10.8 copas a la semana respectivamente, por lo que con este participante el programa PEREU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 15 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 23, 4 y 4 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Muy satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 2-3A. Como se observa en la gráfica intermedia de la FIGURA 14, este participante reportó consumir, en promedio, 9 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3.9 copas, el cual disminuyó más durante el seguimiento efectuado al mes (3.4 copas) y durante el seguimiento efectuado a los tres meses (2.8 copas), para aumentar durante los seguimientos a los seis meses (3 copas) y al año (3.4 copas), detectándose cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este estudiante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), pero sí en los seguimientos efectuados al mes (2.5 días) y a los tres meses (2.1 copas). Sin embargo, dicha frecuencia retornó prácticamente a los niveles de línea base en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, al reportarse frecuencias de 3 y 2.8 días en promedio, respectivamente, por lo que con este participante el Programa PEREU no tuvo efectos significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por este estudiante, que durante la línea base fue de 27 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 11.7, 8, 5.8, 9 Y 9.5 copas respectivamente, por lo que con este participante el Programa PEREU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 12 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 24, 4 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar “Bastante satisfecho” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Buena”, que “Generalmente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” la mayoría de sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Participante 3-3A. Como se observa en la a gráfica inferior de la FIGURA 14, esta participante reportó consumir, en promedio, 9 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3 copas, disminuyendo aún mas durante los seguimientos efectuados al mes (2.5 copas) y a los tres meses (2.7 copas), para retornar a los niveles de tratamiento durante los seguimientos efectuados a los seis meses (3 copas) y al año (3 copas), con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos al eliminarse los niveles de consumo excesivos de alcohol por ocasión.

Por otro lado esta participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento a 2.2 días a la semana, pero lo aumentó durante los seguimientos efectuados al mes (2.5 días) y a los tres meses (2.7 días), para retornar a los niveles alcanzados durante la línea base durante los seguimientos efectuados a los seis meses (3 copas) y al año (3 copas), por lo que con este participante el programa PEREU no tuvo en general, cambios significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por esta participante, que durante la línea base fue de 27 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 6.6, 6.5, 6.7, 7.8 y 9 copas respectivamente, por lo que con esta participante el Programa PEREU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse cantidad excesiva de alcohol consumido a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por esta participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 12 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, al registrarse 2 y 3 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse puntajes de 22, 3 y 3 durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

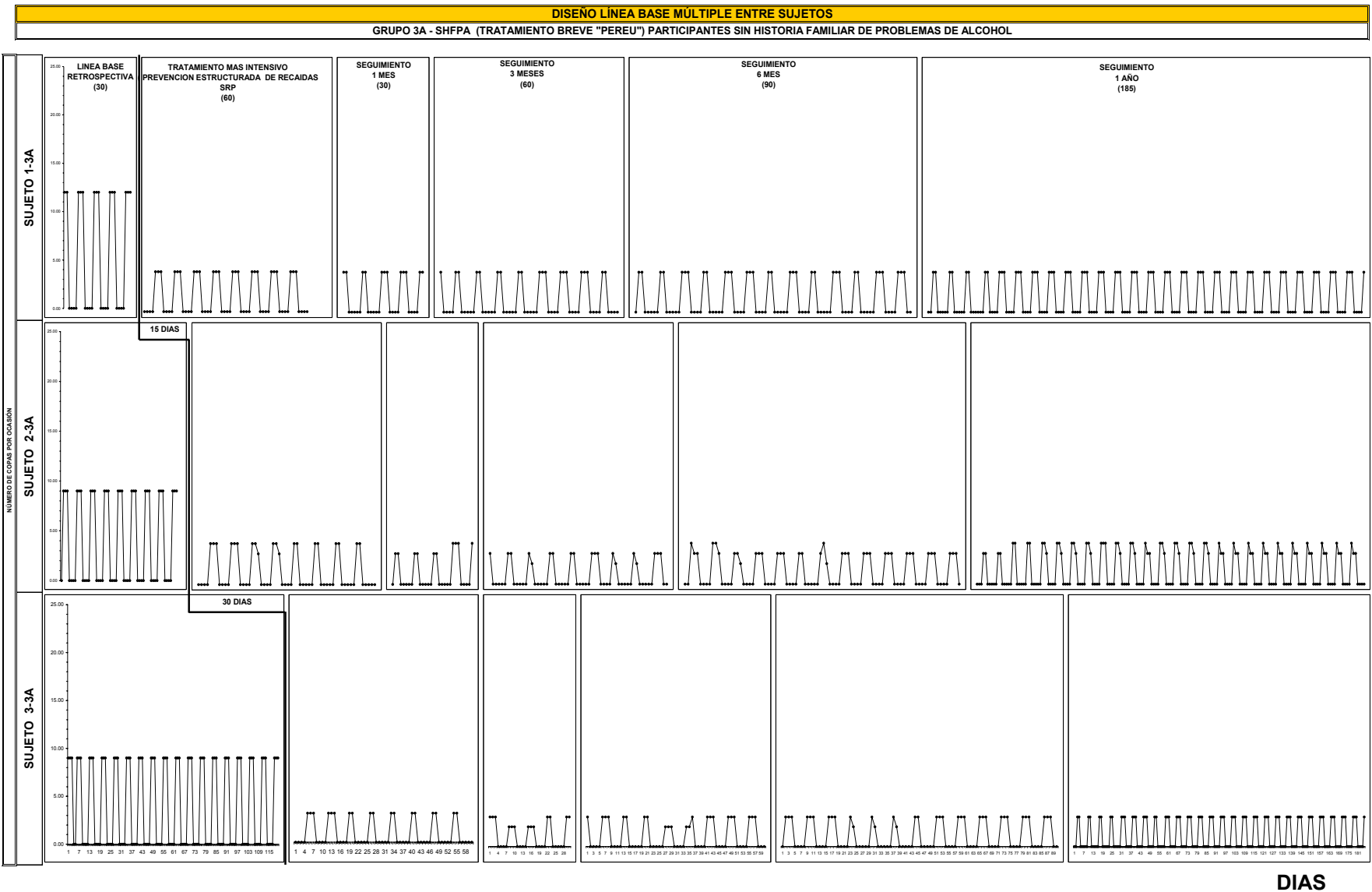
Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), esta participante informó estar “Muy satisfecha” con

el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de diferencias de medias, de los datos correspondientes a la cantidad de copas consumidas por ocasión de este sub-grupo de tres participantes sin historia familiar de problemas de alcohol que recibieron el programa PEREU, empleando la prueba t de muestras relacionadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 9.63, DE = 1.23$) > ($\bar{X} = 3.68, DE = 0.47$), $t(61) = 40.70, p = .00$, y en los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 10.11, DE = 1.47$) > ($\bar{X} = 3.29, DE = 0.75$), $t(34) = 35.95, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 9.63, DE = 1.23$) > ($\bar{X} = 3.19, DE = 0.64$), $t(61) = 53.24, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 9.41, DE = 1.03$) > ($\bar{X} = 3.34, DE = 0.57$), $t(94) = 63.97, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 9.41, DE = 1.03$) > ($\bar{X} = 3.92, DE = 0.27$), $t(94) = 51.47, p = .00$.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 3.08, DE = 0.400$) > ($\bar{X} = 2.64, DE = 0.49$), $t(24) = 3.77, p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 3.14, DE = 0.53$) > ($\bar{X} = 2.50, DE = 0.51$), $t(13) = 3.79, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 3.08, DE = 0.40$) > ($\bar{X} = 2.48, DE = 0.51$), $t(24) = 4.24, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 3.07, DE = 0.47$) > ($\bar{X} = 2.69, DE = 0.47$), $t(28) = 3.63, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 3.07, DE = 0.46$) > ($\bar{X} = 2.83, DE = 0.46$), $t(28) = 2.25, p = .03$.

Igualmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 29.16, DE = 4.70$) > ($\bar{X} = 11.20, DE = 5.54$), $t(24) = 14.41, p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 30.86, DE = 5.81$) > ($\bar{X} = 8.21, DE = 2.60$), $t(13) = 15.13, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 29.16, DE = 4.70$) > ($\bar{X} = 7.96, DE = 2.37$), $t(24) = 20.18, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 28.86, DE = 4.42$) > ($\bar{X} = 9.21, DE = 1.67$), $t(28) = 24.09, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 28.86, DE = 4.42$) > ($\bar{X} = 11.14, DE = 2.06$), $t(28) = 17.20, p = .00$.



DIAS

FIGURA 14. Número de copas consumidas diariamente por cada uno de los tres participantes del Sub-grupo 3A-SHFPA, que participaron en el programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y Otras Drogas (PEREU) durante las condiciones de la investigación.

Participante 1-3B. Como se observa en la gráfica superior de la FIGURA 15, este participante reportó consumir, en promedio, 12 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 4 copas y disminuyó aún más durante los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año, en los que se reportaron consumos de 3.5, 3, 3.2 y 3.6 copas respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos, al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, redujo dicha frecuencia durante el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse frecuencias de 2.3, 2.4, 2.6, 2.3 y 2.7 días, respectivamente, por lo que con este participante el programa PEREU no tuvo efectos significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informado por este participante, que durante la línea base fue de 36 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al obtenerse consumos de 9.2, 8.4, 7.8, 7.3 y 9.7 copas respectivamente, por lo que con este participante el programa PEREU produjo cambios clínicamente significativos al eliminar la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 15 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 24, 4 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar "Muy satisfecho" con el programa, calificó la calidad del servicio como "Excelente", que "Definitivamente" obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa "Satisfizo" casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar "Definitivamente" se lo recomendaría, que le "Ayudó mucho" a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente "Definitivamente" regresaría al programa.

Participante 2-3B. Como se observa en la gráfica intermedia de la FIGURA 15, este participante reportó consumir, en promedio, 9 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 4 copas, disminuyendo aún más durante los seguimientos efectuados al mes, tres meses, seis meses y al año, al reportarse 3.7, 3.3, 3.5 y 3.9 copas, respectivamente, con lo

cual, se detectaron cambios clínicamente significativos, al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado este participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), aunque si durante los seguimientos efectuados al mes y a los tres meses, al reportarse frecuencias de 2.8 y 2.7 días, respectivamente, sin embargo, en lo seguimientos efectuados a los seis meses y al año, dicha frecuencia retornó a los niveles de línea base, al reportarse frecuencias de 3 y 3 días, respectivamente, por lo que con este participante el Programa PEREU no produjo efectos significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumido a la semana informada por este participante, que durante la línea base fue de 27 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 12, 10, 8.9, 10.5 y 11.7 copas a la semana respectivamente, por lo que con este participante el programa PEREU produjo cambios clínicamente significativos al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumida a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por este participante en el IPAR, que durante la línea base fue de 12 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 4 y 4 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse puntajes de 25, 4 y 4 durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), este participante informó estar "Muy satisfecho" con el programa, calificó la calidad del servicio como "Excelente", que "Definitivamente" obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa "Satisfizo" casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar "Definitivamente" se lo recomendaría, que le "Ayudó mucho" a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente "Definitivamente" regresaría al programa.

Participante 3-3B. Como se observa en la gráfica inferior de la FIGURA 15, esta participante reportó consumir, en promedio, 9 copas estándar de alcohol por ocasión durante la línea base, nivel que disminuyó durante el tratamiento a 3 copas, el cual se mantuvo durante los seguimientos efectuados al mes, a los seis meses, a los seis meses y al año, reportando consumos de 3, 3, 3 y 3 copas respectivamente, con lo cual, se detectaron cambios clínicamente significativos, al eliminarse los niveles excesivos de consumo de alcohol por ocasión.

Por otro lado esta participante, quien también reportó durante la línea base consumir alcohol en promedio tres días a la semana, no disminuyó dicha frecuencia durante el tratamiento (3 días), pero sí decrementó en los seguimientos efectuados al mes, tres meses y seis meses, al reportarse frecuencias de 2.2, 2.7 y 2.7 días respectivamente, retornando al nivel reportado en la línea base durante el seguimiento efectuado al año(3 días), por lo que con esta participante el programa PEREU no tuvo efectos significativos sobre la frecuencia de días de consumo de alcohol a la semana.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida a la semana informada por esta participante, que durante la línea base fue de 27 copas estándar, se reportaron reducciones en el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, al reportarse consumos de 9, 6.6, 8.1, 8.1 y 9 copas respectivamente, por lo que con esta participante el Programa PEREU produjo cambios clínicamente significativos, al eliminarse la cantidad excesiva de alcohol consumido a la semana.

Por otro lado, en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de alcohol reportados por esta participante mediante el IPAR, que durante la línea base fue de 12 problemas, se reportaron cambios clínicamente significativos en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año al registrarse 2 y 3 problemas respectivamente. Cambios similares se observaron en la EDA al reportarse 23, 4 y 3 puntos durante la línea base y los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, respectivamente.

Finalmente, con respecto a la evaluación por medio del Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU), esta participante informó estar “Muy satisfecha” con el programa, calificó la calidad del servicio como “Excelente”, que “Definitivamente” obtuvo la clase de servicio que quería, que el programa “Satisfizo” casi todas sus necesidades, que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar “Definitivamente” se lo recomendaría, que le “Ayudó mucho” a manejar más eficazmente sus problemas y que si tuviera que buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa.

Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de diferencias de medias, de los datos correspondientes a la cantidad de copas consumidas por ocasión de este sub-grupo de tres participantes con historia familiar de problemas de alcohol que recibieron el programa PEREU, empleando la prueba t de muestras relacionadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 9.56, DE = 1.17$) > ($\bar{X} = 3.64, DE = 0.48$), $t(69) = 44.98, p = .00$ y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 10.05, DE = 1.45$) > ($\bar{X} = 3.46, DE = 0.50$), $t(36) = 28.18, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 9.55, DE = 1.16$) > ($\bar{X} = 3.13, DE = 0.33$), $t(70) = 42.53, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 9.43, DE = 1.05$) > ($\bar{X} = 3.33, DE = 0.47$), $t(90) = 45.66, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 9.43, DE = 1.05$) > ($\bar{X} = 3.65, DE = 0.48$), $t(90) = 47.05, p = .00$.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 2.93, DE = 0.26$) > ($\bar{X} = 2.64, DE = 0.49$), $t(13) = 2.28, p = .04$, y a los seis meses ($\bar{X} = 2.97, DE = 0.18$) > ($2.66, DE = 0.55$), $t(28) = 3.08, p = .00$, pero no al compararse los datos entre la línea base y la intervención, ni al compararse los datos entre la línea base y los seguimientos efectuados a los tres meses y al año.

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, al compararse los datos reportados entre la línea base y la intervención ($\bar{X} = 28.08, DE = 3.95$) > ($\bar{X} = 11.72, DE = 4.11$), $t(24) = 16.04, p = .00$, y entre la línea base y los seguimientos efectuados al mes ($\bar{X} = 28.93, DE = 5.21$) > ($\bar{X} = 9.07, DE = 2.33$), $t(13) = 14.57, p = .00$, a los tres meses ($\bar{X} = 28.08, DE = 3.95$) > ($\bar{X} = 8.96, DE = 1.45$), $t(24) = 19.04, p = .00$, a los seis meses ($\bar{X} = 27.93, DE = 3.68$) > ($\bar{X} = 8.86, DE = 2.18$), $t(28) = 20.48, p = .00$, y al año ($\bar{X} = 27.93, DE = 3.68$) > ($\bar{X} = 10.31, DE = 1.39$), $t(28) = 20.90, p = .00$.

Los resultados individuales reportados en las Figuras 10, 11, 12, 13, 14, 15, así como los derivados de los análisis estadísticos y de significancia clínica efectuados a los diferentes sub-grupos muestran que el modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada empleado por medio de sus distintos tratamientos específicos a saber: DIBAEU, TAGEU Y PEREU demostraron eficacia en lograr reducir clínica y estadísticamente la “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” (37, 59 y 63%, respectivamente), la “cantidades de consumo de alcohol a la semana” (47, 71 y 77%, respectivamente) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol medidos por medio del IPAR (61, 62 y 72%, respectivamente) y por la EDA (62, 76 y 86%) respectivamente, en todos los estudiantes participantes, y en un 38% de casos, la “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, confirmando el éxito de las variables igualadas (P. ej., cronicidad y severidad, patrones de consumo, problemas de alcohol, metas terapéuticas).

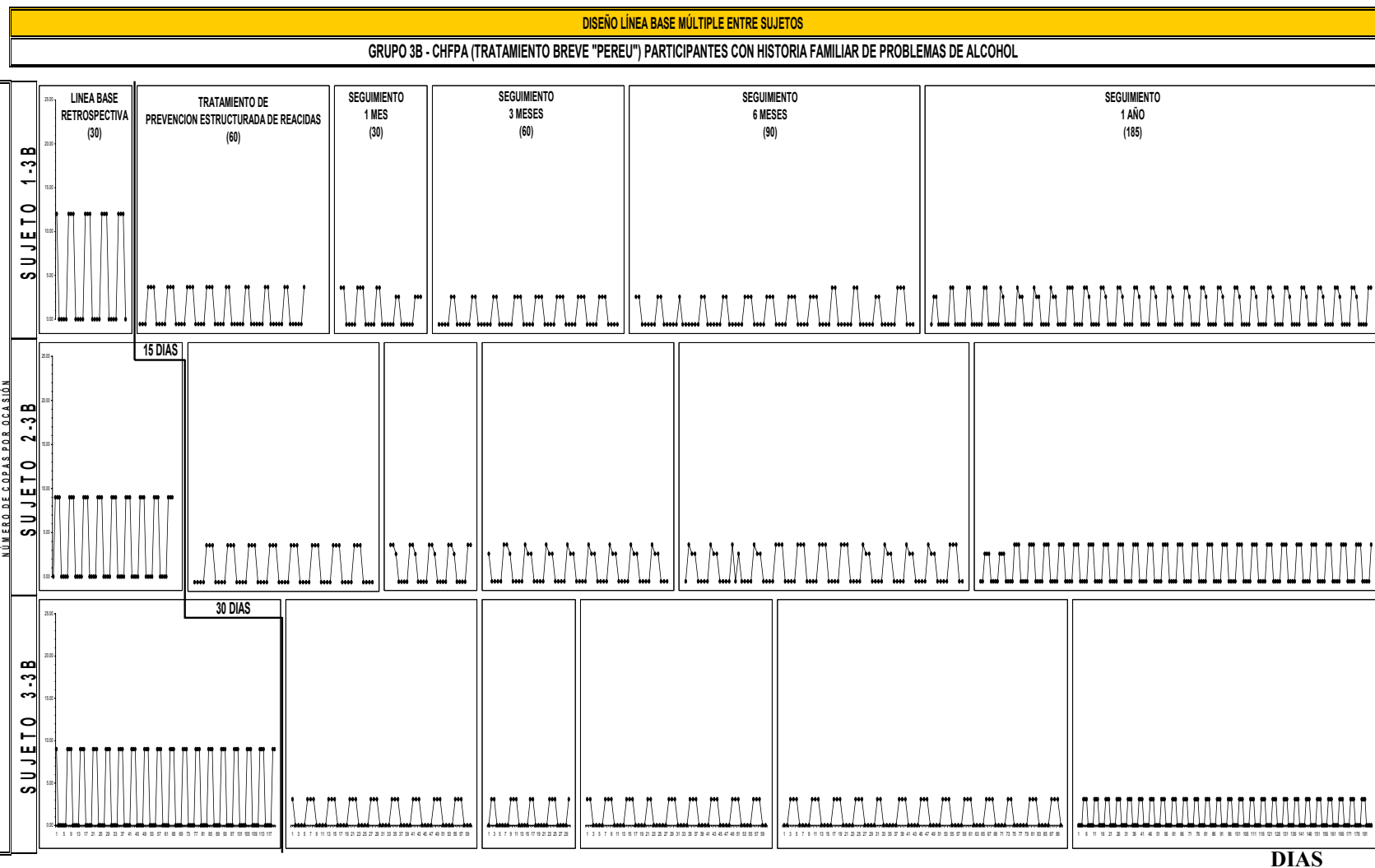


FIGURA 15. Número de copas consumidas diariamente por cada uno de los participantes del Sub-grupo 3B-CHFPA, que participaron en el programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol (PEREU) durante las condiciones de la investigación.

DISCUSIÓN

Los propósitos de la presente Investigación fueron: 1) Investigar el efecto interactivo de la hipótesis de igualación *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados generales y específicos de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol; y 2) Evaluar la eficacia clínica de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, así como la eficacia clínica y significancia estadística de los tratamientos específicos que lo integran.

8.1. EFECTO INTERACTIVO DE LA HIPÓTESIS HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL SOBRE LOS RESULTADOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL MODELO

En relación con este propósito de investigación, los hallazgos encontrados con estudiantes universitarios mexicanos con y sin historia familiar de problemas de alcohol indicaron que, de acuerdo con la *hipótesis de historia familiar de problemas de alcohol*, ésta si tuvo efectos estadísticamente significativos sobre los resultados generales obtenidos, al año de seguimiento, pero solo en dos de las tres medidas del patrón de consumo de alcohol investigadas, a saber: “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, más no así en la medida de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión”, reportada entre los grupos comparados, que conjuntamente con las dos primeras medidas conforman el “patrón de consumo de alcohol”, ni en los “problemas relacionados con el consumo” medidos por el IPAR y la EDA, concluyéndose así, que la hipótesis de *historia familiar de problemas de alcohol* afectó, solo parcialmente, los resultados generales del modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada relativos a los patrones de consumo de alcohol, más no así los relativos a los problemas relacionados con el consumo, destacando, así, la pertinencia del análisis *multivariado* realizado, el cual consideró diferentes medidas (patrones de consumo y problemas relacionados con el consumo) y *paramétrico* (“frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”), así como de la realización de los seguimientos efectuados al mes, tres, seis y doce meses, en el estudio del efecto de la *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados generales del tratamiento.

De la misma manera, el efecto de la *historia familiar de problemas de alcohol* a nivel de resultados de los distintos programas específicos de tratamiento aplicados a los sub-grupos correspondientes también tuvo, de acuerdo con dicha hipótesis, efectos estadísticamente significativos, parciales y diferenciados sobre dichos programas en relación al “patrón de consumo de alcohol”. Así, por ejemplo, en el programa DIBAEU se encontraron efectos estadísticamente significativos en los seguimientos efectuados al año entre los sub-grupos comparados en las medidas de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” y “cantidad de consumo de alcohol

a la semana”, más no así en la “medida de cantidad de consumo de alcohol por ocasión”, ni en los problemas relacionados con el consumo medidos por el IPAR y la EDA.

De manera inversa, en el programa TAGEU se encontraron efectos estadísticamente significativos entre los sub-grupos comparados en el seguimiento efectuado al año en la medida de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión”, más no así en las medidas de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, ni en los problemas relacionados con el consumo medidos por el IPAR.

Finalmente, en el programa PEREU de acuerdo con lo esperado (debido que este programa a diferencia del DIBAEU y el TAGEU está dirigido precisamente para estudiantes con dependencia severa que suelen presentar *historia familiar de problemas de alcohol*), no se encontraron efectos estadísticamente significativos entre los sub-grupos comparados en los seguimientos efectuados al año en ninguna de las tres medidas de consumo empleadas, a saber: “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, “cantidad de consumo de alcohol por ocasión”, y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, ni en los problemas relacionados con el consumo medidos por el IPAR, concluyéndose que la hipótesis de *historia familiar de problemas de alcohol* afectó -de acuerdo con parte de lo esperado- parcial y diferencialmente los resultados específicos relativos a los patrones de consumo de los participantes de dos de los tres programas que integran el modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada, más no así los problemas relacionados con el consumo de alcohol en dos de los tres programas, destacando así, la importancia de incluir, además de los análisis *multivariados* y *paramétricos* antes señalados, uno por tipo de programa de tratamiento específico y otro por la severidad de los problemas de alcohol.

Al comparar los hallazgos de la presente investigación con los de otros estudios que han encontrado efectos diferenciales de la *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados de tratamiento (p. ej., Babor et al., 1992b, Carpenter & Hasin, 2001; Driessen et al., 1998; Frances et al., 1984; McKenna & Pickens, 1981; Miller & Joyce, 1979; Mundt et al., 1997; Schuckit, 1994b, 1998; Vannicelli et al., 1983; Yoshino & Kato, 1998) y que en general se han caracterizado con resultados pobres, destaca el hecho de que al margen de las diferencias metodológicas existentes entre los estudios (p. ej., tipos de participantes, tamaño de la muestras, escenarios, tipos de tratamientos, tipo de medidas empleadas, tipos de diseños, longitud de los seguimientos) se hayan detectado, sin embargo, efectos de la *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados generales del tratamiento, pero a diferencia de dicha caracterización, los resultados de la presente investigación, al igual que los de otros estudios (Allen, 1991; Cooney et al., 1991; Haver, 1987; Kadden et al., 1989; Ortiz, 1998) no fueron pobres, lo cual podría explicarse, en buena medida, al grado de igualdad cliente-tratamiento de los programas empleados por el modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada utilizado y al grado de severidad de la problemática de la población participante, puntos principales sobre los cuales se centrará la primera de las dos

partes que integran la discusión.

8.1.1. GRADO DE IGUALACIÓN CLIENTE-TRATAMIENTO DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS QUE INTEGRAN EL MODELO

A diferencia de los estudios que han evaluado la influencia de la *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados del tratamiento y que han encontrado resultados pobres, los programas de tratamiento específico que integran el presente Modelo igualaron, además de las variables sociodemográficas, la severidad de la dependencia al alcohol, los patrones de consumo, los problemas relacionados con el consumo, el deterioro neuropsicológico y las metas de tratamiento, por lo que el contexto en que se evaluó el efecto de la hipótesis de igualación *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados del tratamiento, contó con un mayor grado de igualación que el empleado comúnmente por otros estudios lo cual explicaría, en buena medida, que a pesar de que se afectaron algunas medidas de resultados de dos de los tres programas específicos de tratamiento que integran el modelo, los resultados generales no sean pobres.

Cabe señalar, que al emplearse más de una variable de igualación en la presente investigación (lo cual resultaba prácticamente inevitable porque son inherentes a los programas específicos de tratamiento del modelo al formar parte de sus criterios de inclusión/exclusión), esto representó una “navaja de dos filos”. Por un lado, permitió tener un control sobre variables relevantes que en otros estudios suelen participar de una manera incontrolada. Pero por otro lado, muy posiblemente esto pudo haber confundido los esfuerzos para evaluar los efectos de la historia familiar sobre los resultados del tratamiento. También, debido a que los programas de tratamiento individualizan y hacen ajustes de la dosis de la intervención en cuestión (p. ej., intervención breve, tratamiento breve), a fin de satisfacer las necesidades clínicas de los clientes, esto pudo haber obscurecido cualquier diferencia de la *historia familiar de problemas de alcohol* presente, al tener que funcionar dentro de un contexto “sobre-igualado”, como necesariamente ocurrió en el caso concreto del programa de tratamiento específico PEREU, en el cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados sin y con historia familiar de problemas de alcohol, en ninguna de las medidas de resultados, a saber: “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, ni diferencias clínicamente significativas entre los problemas relacionados con el consumo medidos por el IPAR y la EDA.

Al respecto, resulta pertinente señalar que no se esperaba que una sola característica del cliente, que además de ser familiar y de tipo distal, produjera una marcada diferencia en los resultados de tratamiento. El esperar tal cosa sería ingenuo y resultado de una sobresimplificación de cómo se producen los efectos de igualación (Véase a Longabaugh & Wirtz, 2001; Allen et al., 1997; Project MATCH Research Group, 1997b; Revisión Sustantiva de los Hallazgos del Match, último capítulo en el volumen 8 de la Monografía del MATCH). Sin embargo, el igualar los tratamientos específicos a varias características de los estudiantes seguramente tuvo

un efecto incrementado en los resultados de algunos de ellos, produciendo un incremento modesto, pero clínica y estadísticamente significativo en la eficacia general del modelo cognitivo-conductual motivacional.

8.1.2. GRADO DE SEVERIDAD DE LA PROBLEMÁTICA DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

A diferencia de otros estudios en los que han participado clientes que presentan una historia familiar de problemas de alcohol asociada con una mayor severidad de alcoholismo con base en una serie de medidas, tales como *un inicio más temprano de los problemas de alcohol* (Schuckit, 1984; Penick et al., 1987), *un más rápido desarrollo del alcoholismo* (Volicer et al., 1983; Winokur et al., 1970), *tasas mayores de trastornos de personalidad o psicopatología* (Alterman et al., 1989; Frances, et al., 1980; McKenna & Pickens, 1981; Penick et al., 1987; Alterman, 1998), *mayor número de síntomas clínicos de dependencia* (Pickens et al., 2001), *mayor severidad de los síntomas clínicos de alcoholismo* (Frances et al. 1980; Hesselbrock, Stabenau, Hesselbrock, Meyer et al., 1982; Shuckit, 1994a), *mayores problemas relacionados con el consumo de alcohol* (Frances et al. 1984) y *otras desventajas neuropsicológicas* (Miller, 1990), en la presente investigación los participantes con *historia familiar de problemas de alcohol* se caracterizaron por poseer perfiles menos severos de diagnósticos de dependencia, patrones de consumo promedio menos severos, menos problemas relacionados con el consumo, menos síntomas clínicos de dependencia medidos por medio del DSM IV y en la EDA, ausencia de síntomas clínicos de dependencia muy severa (p. ej., delirium tremes, alucinaciones, ataques gran mal, temblores, sudoración profusa), además de no presentar trastornos de personalidad o psicopatología ni de comorbilidad a otras sustancias psicoactivas, ni deterioro neuropsicológico, lo cual pudo moderar el impacto de la historia familiar sobre los resultados del tratamiento y explicar (Véase a Haver, 1987) en parte, el porque en la presente investigación no se tuvieron resultados pobres en el grupo y sub-grupos de participantes con *historia familiar de problemas de alcohol*. Además, de que no se puede reducir o simplificar la tipología tipo B de Babor (Babor et al., 1992) a la variable *historia familiar de problemas de alcohol*, que sólo es una variable más entre otras tantas que componen dicha tipología.

Concretamente, a nivel general, la comparación efectuada sobre los patrones de consumo de alcohol reportados por los grupos sin y con *historia familiar de problemas de alcohol* durante la línea base indicó que, en las medidas de “frecuencia y cantidad de consumo de alcohol a la semana”, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, respectivamente, ni diferencias clínicamente significativas en los problemas relacionados medidos por el IPAR y por la EDA, excepto en la medida de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión”.

A nivel específico, la comparación efectuada sobre los patrones de consumo de alcohol reportados por los sub-grupos sin y con *historia familiar de problemas de alcohol* durante la línea base, indicó resultados mixtos. Así, por ejemplo, en el Programa de tratamiento específico DIBAEU no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a

la semana”, ni diferencias clínicamente significativas en los problemas relacionados medidos por el IPAR y la EDA, pero si se encontraron en las medidas de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, respectivamente.

De igual manera, en el Programa de tratamiento específico TAGEU, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, ni diferencias clínicamente significativas en los problemas relacionados medidos por el IPAR y la EDA, pero si se encontraron en las medidas de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, respectivamente.

Finalmente, en el Programa de tratamiento específico PEREU, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las medidas empleadas, a saber, “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, “cantidad de alcohol por ocasión de consumo”, “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, ni diferencias clínicamente significativas en los problemas relacionados con el consumo medidos por el IPAR y la EDA.

En su conjunto, los resultados comparativos tanto a nivel general como específico manifestados durante la línea base, indican que la severidad de la problemática de los participantes de los grupos y sub-grupos sin y con *historia familiar de problemas de alcohol* fue muy semejante en la mayoría de medidas relativas al patrón de consumo y, prácticamente igual, en los problemas relacionados con el consumo reportados en el IPAR y la EDA lo cual confirma, en la práctica, la igualación de las variables “severidad de los problemas de alcohol” y problemas relacionados con el consumo de alcohol en los grupos y sub-grupos participantes, y que a su vez, constituye un factor que podría explicar, en parte, el porqué los resultados no sean pobres en el grupo y sub-grupos con *historia familiar de problemas de alcohol*, como pudiera haberse esperado. En este sentido, cabe señalar que otros estudios que han empleado en la fase de admisión de tratamiento a los patrones de consumo de alcohol como medida de severidad de la problemática (Véase a McKenna & Pickens, 1981; Alterman et al., 1989) encontraron resultados mixtos, al igual que en la presente investigación con los participantes de los programas DIBAEU y TAGEU, o no encontraron diferencias entre alcohólicos sin y con *historia familiar de problemas de alcohol*, como en nuestro caso sucedió con los participantes del Programa PEREU.

8.1.3. LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN DE LA HIPÓTESIS HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Aún cuando otros estudios han encontrado que el método de *historia familiar* resulta sensible para detectar tasas altas de problemas de alcohol en los padres biológicos (Véase a Andreasen et al., 1986; Kosten et al. 1992), en la presente investigación la evaluación de la *historia familiar de problemas de alcohol* se centró, fundamentalmente, en los problemas de alcohol de los padres (esto es, en el padre y madre biológicos) y no fue considerado el consumo de alcohol de otros familiares de

primer grado (p. ej., hermanos) y familiares de segundo y tercer grado, para clasificar a los participantes dentro de los grupos y sub-grupos sin y con *historia familiar de problemas de alcohol*. En consecuencia, los resultados de la presente investigación respecto a la *historia familiar de problemas de alcohol* se limitan a la historia parental de problemas de alcohol y no pueden generalizarse a otros estudios en los cuales los participantes hayan sido clasificados sin historia familiar de problemas de alcohol con base en la ausencia de problemas de alcohol en todos los familiares.

Por otro lado, aún cuando uno de los dos propósitos de la presente investigación fue evaluar el efecto interactivo de la hipótesis de igualdad *historia familiar de problemas de alcohol* sobre los resultados generales de tratamiento del modelo, el que no se evaluara directamente a los familiares puede haber afectado la sensibilidad del método familiar para la detección de tasas de problemas de alcohol en los familiares de los participantes. Concretamente, en la aplicación del CAF a los participantes, se reportó que en ocasiones estos parecían indecisos sobre la presencia y tipo de problemas de alcohol en los familiares de segundo y tercer grado, por lo que un conocimiento impreciso sobre dichos problemas o un sesgo de memoria pudiera ser otra limitante que incrementa el riesgo de conclusiones erróneas en la cuantificación de los problemas familiares, a pesar de que en otros estudios no se han encontrado diferencias entre los métodos de entrevista directa e indirecta (Véase a Kosten et al. 1991, 1992). Se sugiere, no obstante, que en estudios futuros se instrumenten mecanismos para el control del posible sesgo de memoria, como podría ser estratificando el tiempo transcurrido para el recuerdo del evento (Natera, Borges, Medina-Mora, Solis & Tiburcio, 2001).

Otra limitante de naturaleza metodológica es, que a diferencia del método empleado con los estudiantes participantes para evaluar sus problemas de alcohol, -a quienes se les evaluó con base a los criterios del DSM-IV-, los problemas de alcohol familiar fueron evaluados por medio del CAF y con una pregunta que se encuentra en la entrevista EDP, extraída del Addiction Severity Index (versión 5) (ASI; Addiction Severity Index; McLellan et al., 1992) que emplea como criterio la necesidad de tratamiento para los familiares biológicos, en lugar de los criterios del DSM IV, tal y como se hizo con los estudiantes participantes. Por lo cual, faltó obtener la confiabilidad entre los resultados del ASI y una evaluación separada de la historia familiar que empleara entrevistas directas con todos los participantes con base en los criterios del DSM-IV.

Finalmente, resta señalar que los presentes hallazgos se encuentran limitados a estudiantes universitarios con problemas de alcohol que no presentan otros trastornos del Eje I del DSM IV, por lo que se desconoce como podrían generalizarse a otros individuos con comorbilidad psiquiátrica o adictiva. Así, por ejemplo, se ha encontrado que la comorbilidad psiquiátrica incrementa las influencias genéticas en el alcoholismo (Véase a Pickens et al., 1995), por lo que diferentes resultados podrían obtenerse en individuos con comorbilidad psiquiátrica. También se desconoce si los mismos resultados se obtendrían con otros modelos cognitivo conductuales y motivacionales y con usuarios con otros perfiles sociodemográficos, problemas de alcohol y problemas relacionados al consumo. Por otro lado, debe

señalarse que aproximadamente 26% de los candidatos declinaron participar en la investigación, y no resulta claro como este sub-grupo difirió de los participantes que acordaron participar. Además, los resultados del tratamiento pueden no generalizarse a consumidores que no buscan tratamiento de manera voluntaria. Existe la posibilidad de que este sub-grupo pueda no reflejar a la población estudiantil general con problemas de alcohol y a sus familias. Por lo cual, se requiere de una replicación de los resultados de esta investigación con una muestra mayor de estudiantes universitarios.

8.1.4. CONCLUSIONES SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE LA HIPÓTESIS HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS DE ALCOHOL SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Los hallazgos en relación con este propósito de la presente investigación indican que la *historia familiar de problemas de alcohol* afectó parcialmente los resultados del modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada empleado, lo cual puede explicarse, parcialmente, en términos de factores genéticos que incrementan la respuesta agonista al alcohol que tiene el efecto de incrementar la susceptibilidad al abuso y la dependencia al mismo, afectando a su vez, la respuesta terapéutica de algunos de los programas de tratamiento específicos que integran el Modelo. Sin embargo, los resultados presentes se basan en una investigación de naturaleza familiar y los estudios familiares no distinguen entre influencias genéticas y ambientales compartidas sobre un rasgo, por lo que se requiere de mayor investigación basada en estudios de adopción y de gemelos que permita comprender mejor la etiología del efecto.

8.2. EFICACIA CLÍNICA DEL MODELO Y EFICACIA CLÍNICA Y SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS QUE LO INTEGRAN

En relación con este propósito de investigación, tres aspectos de los hallazgos resultan particularmente importantes de discutir en términos de sus implicaciones clínicas: 1. Los resultados generales y específicos del Modelo en términos de los patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo; 2. Las diferencias de resultados entre los tratamientos específicos que conforman el Modelo; y 3. Los resultados de la combinación de las distintas variables de igualación consideradas por el Modelo sobre la eficacia clínica del mismo.

8.2.1.0. RESULTADOS GENERALES DEL MODELO EN TÉRMINOS DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS RELACIONADOS AL CONSUMO

Los resultados positivos observados con el Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada empleado indican que este cuenta con una alta eficacia clínica en reducir los problemas de alcohol al año de seguimiento, en términos de los patrones de consumo de alcohol reportados en la “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” y en la “cantidad de consumo semanal de alcohol”, pero no en la “frecuencia de consumo semanal de alcohol”. En relación con los problemas relacionados con el consumo de alcohol, se encontró que el modelo

cuenta con una alta eficacia clínica en reducirlos al año de seguimiento, en términos del IPAR y de la EDA.

En consistencia con los resultados reportados por otros estudios realizados (p. ej., Breslin et al., 1999; Quiroga, Mata & Montes, 2005), los datos sugieren que mejoras substanciales ocurren durante el tratamiento de los problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo y que estos se mantienen a lo largo del año de seguimiento. Y aún cuando factores extraños (p. ej., características de las terapeutas) pudieran haber contribuido al rápido decremento en el consumo de alcohol, en su moderación y en los problemas relacionados con el consumo, estos son consistentes con lo que comúnmente se ha considerado un efecto del tratamiento, considerando el tipo de diseño de investigación experimental empleado, a saber: diseño de línea base múltiple entre sujetos. Esto es, el empleo de este diseño permitió documentar el efecto de la intervención, al demostrar que los cambios en los patrones de consumo fueron el resultado de la introducción de las intervenciones y tratamientos breves en puntos diferentes en el tiempo y entre sujetos.

Concretamente, se pudo ver que los datos recolectados entre los estudiantes participantes de cada uno de los subgrupos en las conductas de frecuencia y cantidad de consumo semanal y por ocasión de alcohol durante la línea base exhibieron una tasa estable y que una vez que se aplicaron las intervenciones y tratamientos breves con el primer participante de cada subgrupo, manteniendo en condiciones de línea base a los otros dos participantes de cada subgrupo, las conductas de consumo del primero se redujeron importantemente a juzgar por la inspección visual de dichos datos, en tanto que las conductas de consumo de los otros estudiantes restantes de cada subgrupo se mantuvieron en sus mismos niveles. Y que una vez que se aplicó de manera secuenciada la intervención o tratamiento breve correspondiente con los restantes estudiantes de cada subgrupo, se observaron cambios similares a los observados con el primer estudiante intervenido. Se señala que se documentó el efecto de la intervención sobre las conductas de consumo de alcohol de los estudiantes, porque estos cambios se dieron únicamente cuando se introdujeron las intervenciones y tratamientos breves en los distintos estudiantes participantes, lo cual es una demostración convincente de que estos fueron los responsables de los cambios. Por otro lado, los análisis clínicos y estadísticos efectuados con los distintos subgrupos informaron que estos fueron significativos al año de seguimiento.

Por otro lado, considerando que las intervenciones y tratamientos breves empleados consistieron en la modificación de conductas que tuvieran efectos dentro de escenarios naturales, se aseguró de que estos se llevaran a cabo y de manera correcta por medio de la instrumentación del juego de roles y ensayos conductuales dentro de las sesiones clínicas y por medio de las revisiones y supervisiones de las tareas a realizar en casa y los automonitoreos efectuados por los estudiantes y colaterales. Sin embargo cabe señalar, que aún cuando los niveles de ejecución de los estudiantes en los ensayos conductuales y juego de roles alcanzaron por lo general puntajes aceptables (90% en promedio con un rango de de 85 a 95%), así

como en la entrega de tareas a realizar en casa (81% en promedio, con un rango de 73 a 90%), estos no se efectuaron al 100%, lo cual nos habla de que estos aspectos fundamentales de los tratamientos se aplicaron por los estudiantes de manera incompleta y no totalmente correcta, lo cual da entrada a la posibilidad de que los cambios sistemáticos en las conductas de los estudiantes puedan también ser el resultado de algunas otras influencias desconocidas de los escenarios y agentes sociales presentes, lo cual sugiere la necesidad de contar con información sobre otras variables (p. ej., la aprobación social, menor disponibilidad de alcohol) que puedan covariar con los tratamientos y que puedan explicar parcialmente los cambios.

Finalmente, en cuanto a una posible razón del porque no se reportaron a nivel general cambios clínicamente significativos en la medida de “frecuencia de consumo semanal” (no más de 2 días a la semana), esto pudo deberse a que los programas de intervención y tratamiento breve hicieron hincapié en que si los estudiantes elegían como meta de consumo la reducción en el mismo, entonces no consumieran alcohol más de 4 días a la semana, lo cual pudo haber afectado dicha medida de respuesta, ya que ellos consumían inicialmente en promedio 2.9 días a la semana y terminaron consumiendo 2.4 días. Sin embargo cabe señalar que desde un punto de vista estadístico dicha reducción si resultó ser estadísticamente significativa.

8.2.1.1. RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL MODELO EN TÉRMINOS DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS RELACIONADOS AL CONSUMO

Por otro lado, con respecto a los resultados observados en la eficacia clínica de cada uno de los tres programas de tratamiento específico que integran el Modelo (DIBAEU; TAGEU Y PEREU), éstos demostraron reducir de manera clínicamente significativa las “cantidades de consumo de alcohol por ocasión”, las “cantidades de consumo de alcohol a la semana” y parcial eficacia en la “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” en el DIBAEU y en el PEREU respectivamente), con excepción del programa TAGEU en el cual se reportó eficacia clínica total. En tanto que en los problemas relacionados con el consumo de alcohol estos fueron altamente eficaces en reducirlos de acuerdo con el IPAR y la EDA en todos los estudiantes participantes.

Lo mismo se puede decir de la significancia estadística de todos y cada uno de los programas de tratamiento específicos DIBAEU, TAGEU y PEREU en las medidas de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión”, respectivamente; y “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, respectivamente. En tanto que en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana”, sólo el programa TAGEU fue más efectivo con todos los participantes, ya que los programas DIBAEU y PEREU sólo fueron efectivos en reducirla con los participantes “sin historia familiar de consumo de alcohol”, respectivamente.

Resulta importante distinguir entre los patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados con el consumo, a fin de derivar en un futuro a los estudiantes universitarios a los programas de educación, prevención y tratamiento

acerca del alcohol dentro del campus, como así nos lo dejó ver los resultados obtenidos por estos tres programas en particular.

Así, por ejemplo, el programa TAGEU el cual se centró en reducir y/o eliminar el problema de consumo de alcohol, al considerar que los problemas relacionados con el consumo se eliminarían al reducir o eliminar dicho consumo, resultó altamente consistente al respecto, ya que al reducirse el consumo semanal en un 71.3% en promedio, los problemas relacionados con el consumo se redujeron en un 69% en promedio, considerando los porcentajes que se obtuvieron en el IPAR (62%) y en la EDA (76%), encontrándose que los estudiantes continuaron consumiendo al término del tratamiento, aún cuando a niveles no dañinos (6.1 copas a la semana en promedio), observándose que el programa tuvo un efecto ligeramente mayor sobre el consumo de alcohol que sobre los problemas relacionados al consumo, tal como se esperaba.

Por otro lado, el programa DIBAEU que al contrario del TAGEU se centró en prevenir o reducir los problemas relacionados con el consumo de alcohol y dejar en un segundo término el consumo mismo, resultó consistente al respecto, ya que redujo dichos problemas en un 61.5% en promedio, considerando los porcentajes que se obtuvieron en el IPAR (61%) y en la EDA (62%), y redujo el consumo semanal en un 47.3% en promedio, encontrándose que los estudiantes continuaron consumiendo al término del tratamiento, aún cuando a niveles no dañinos (9,7 copas a la semana en promedio), observándose que el programa tuvo un efecto mayor sobre los problemas relacionados con el consumo que sobre el consumo mismo, tal y como se esperaba.

De la misma manera, el programa PEREU que se dirigió tanto a la eliminación y/o reducción del consumo de alcohol como de los problemas relacionados al consumo, resultó altamente consistente al respecto, ya que redujo el consumo semanal en un 77% en promedio y los problemas relacionados con el consumo en un 79%, en promedio, considerando los porcentajes de reducción que se obtuvieron en el IPAR (72%) y en la EDA (86%), encontrándose que los estudiantes seguían presentando consumo de alcohol al término del tratamiento, aún cuando a niveles no dañinos (9.9 copas a la semana, en promedio) y un número de problemas de consumo no significativos (3.5 en promedio, considerando el número de problemas reportados en el IPAR y en la EDA)., observándose que el programa tuvo un efecto similar sobre ambas medidas de resultados, tal y como se esperaba.

Los anteriores resultados nos hacen ver que efectivamente los énfasis y directrices de los programas son relativamente consistentes con el mayor o menor logro de ciertas medidas de resultados (p. ej., patrones de consumo, problemas relacionados con el consumo) y que los mayores porcentajes en ambas medidas se obtienen cuando se combinan las estrategias dirigidas al consumo de alcohol y a los problemas relacionados con el consumo, como fue el caso del PEREU, sin dejar de considerar el papel que juegan las creencias, valores y metas de consumo particulares de los estudiantes en los niveles de reducción alcanzados en dichas medidas, independientemente de los énfasis y directrices particulares de los

programas de tratamiento en cuestión, a juzgar por el hecho de que se siguen presentando consumos de alcohol y problemas relacionados con el consumo en los distintos tratamientos.

8.2.2.0. DIFERENCIAS DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS QUE INTEGRAN EL MODELO

Aún cuando este propósito de investigación se llevó a cabo principalmente con el fin de evaluar la eficacia clínica del modelo, también se hicieron comparaciones entre los tratamientos específicos que lo conforman (DIBAEU, TAGEU y PEREU).

Los resultados reportados al año de seguimiento indicaron que en términos de los patrones de consumo, el programa PEREU fue más efectivo ya que presentó reducciones ligeramente mayores en las medidas de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión” (63%) y “cantidad de consumo de alcohol a la semana” (77%) que los programas DIBAEU (36% y 47%) y TAGEU (59% y 71%), respectivamente. Sin embargo, dicha ventaja no se reflejó en todas las medidas de consumo. Así, por ejemplo, en la medida de “frecuencia de consumo semanal de alcohol” el programa TAGEU fue más efectivo ya que consiguió reducciones mayores que el DIBAEU (28% vs. 11%) y que el PEREU (28% vs. 5%), respectivamente. Con respecto a los problemas relacionados con el consumo medidos por medio del IPAR, el programa PEREU fue el más efectivo, ya que reportó mayores reducciones que el programa DIBAEU (72 vs. 61%) y que el programa TAGEU (72 vs. 62%), respectivamente. Resultados similares se reportaron por medio de la EDA al compararse el PEREU con el DIBAEU (86% vs. 62%) y el PEREU con el TAGEU (86% vs. 76%), respectivamente.

Por otro lado, solo el tratamiento específico PEREU arrojó diferencias estadísticamente significativas en la medida de “frecuencia de consumo de alcohol a la semana” al compararse los datos de línea base con los datos obtenidos al año de seguimiento” en el sub-grupo sin historia familiar de problemas de alcohol, pero no en el sub-grupo con historia familiar de problemas de alcohol.

En cambio, con respecto a la medida de “cantidad de consumo de alcohol por ocasión”, todos los tratamientos específicos (DIBAEU, TAGEU y PEREU) arrojaron diferencias estadísticamente significativas en todos los sub-grupos sin y con historia familiar de problemas de alcohol, al compararse los datos de línea base y el seguimiento efectuado al año, respectivamente.

De igual manera, con respecto a la medida de “cantidad de consumo de alcohol a la semana”, todos los tratamientos específicos (DIBAE, TAGEU y PEREU) arrojaron diferencias estadísticamente significativas en todos los sub-grupos sin y con historia familiar de problemas de alcohol, al compararse los datos de la línea base y el seguimiento efectuado al año, respectivamente.

Los resultados positivos observados en las tres modalidades de intervención y tratamiento breve se agregan a la creciente cantidad de investigación que demuestra

que los individuos que solicitan tratamiento para sus problemas de alcohol y problemas relacionados con el consumo en estos tipos de intervención experimentan mejorías durante el tratamiento y en los seguimientos y que estas mejorías se mantienen por periodos que van de un mes a un año, por lo menos. Las diferencias observadas en los resultados de los tres tratamientos fueron pequeñas y tendieron a favorecer la moderación en el consumo más que la abstinencia en todos los grupos. Estos resultados positivos fueron también similares entre los géneros.

En general, estos resultados están en contra de la creencia sostenida, por muchos, de que las ganancias de los tratamientos breves en los consumidores que abusan o tienen dependencia son pequeñas y de corta duración. Los participantes de los programas PEREU tuvieron mejores resultados que los del TAGEU y los de este, mejores que los del DIBAEU, por razones no totalmente comprendidas (posiblemente por un efecto de "piso", ya que los participantes de los programas PEREU y TAGEU reportaron durante la línea base mayores cantidades de consumo de alcohol por ocasión y a la semana, respectivamente y contaban, por lo tanto, con un margen mayor para reducir dichas cantidades que los participantes del programa DIBAEU).

Considerando que se aplicaron tres tratamientos cuidadosamente especificados en manuales altamente estructurados y sistematizados y que las terapeutas fueron entrenadas y supervisadas con especial atención y cercanía en su aplicación, se puede argumentar que estos tratamientos pudieron no ser administrados de manera típica de lo que comúnmente se hace, y en consecuencia, se recomienda que estos tres tratamientos que se asociaron con tan buenos resultados se continúen aplicando en el futuro de acuerdo con los procedimientos establecidos en los manuales respectivos y con las mismos grados de supervisión que se emplearon en la presente investigación.

Al compararse los resultados obtenidos por estos programas específicos de tratamiento en la presente investigación, con los obtenidos por estos programas en otras investigaciones (p. ej., Baer et al., 1992; Baer et al., 2001; Borsari & Carey, 2000; Larimer et al., 2001; Marlatt et al., 1998; Murphy et al., 2001; Roberts et al., 2000; M. B. Sobell et al., 1995; L. C. Sobell et al., 1975; M. B. Sobell et al., 2000; Ayala et al., 1998; L. C. Sobell et al., 2002; Andreasson et al., 2002; Annis & Davis, 1988a, 1989a, 1989b; Annis et al., 1996; Graham et al., 1985), se encontraron, en general, reducciones mayores en los porcentajes de cantidad de consumo de alcohol a la semana y en los problemas relacionados con el consumo medidos por medio del IPAR y la EDA.

Así, por ejemplo, en relación con el DIBAEU, otros estudios han reportado reducciones de consumo semanal de alcohol de 32% (de 12.5 a 8.5 copas, Baer et al., 1992); De 35% (de 17.5 a 11.4 copas, Borsari & Carey, 2000); De 25% (de 22.3 a 16.6 copas, Murphy et al., 2001); De 23% (de 15.5 a 12 copas, Larimer et al., 2001), en comparación con la reportada en la presente investigación de 47.5% (de 18.4 a 9.7 copas). Asimismo, en relación con los problemas relacionados con el consumo medido por el RAPI y la ADS, también se reportaron, en general, mayores reducciones en la presente investigación que en dichos estudios. Así por ejemplo, el

estudio de Murphy et al. Se reportaron reducciones de 39% (de 10.2 a 6.2 puntos) y de 46% (de 12 a 6.5 puntos), respectivamente; en el estudio de Marlatt et al. Se reportaron reducciones de 47% (de 7.5 a 4.0 puntos) y de 20% (de 7.9 a 7.1 puntos), respectivamente; en el estudio de Borsari & Carey (2000) se reportaron reducciones de 10% en el RAPI (de 7.3 a 6.7 puntos); en comparación con los porcentajes reportados en la presente investigación de 61% (de 8.8 a 3.5 puntos) y de 62% (de 7.8 a 3 puntos).

Por otro lado, con respecto al programa TAGEU, otros estudios han reportado reducciones de cantidad de copas por ocasión de consumo de 37% (de 6.7 a 4.6 copas, M. B. Sobell et al., 1995); de 36% (de 6.4 a 4.1 copas, L. C. Sobell et al., 1995); de 31% (de 6.3 a 4.3, M. B. Sobell et al., 2000); de 29% (9.2 a 6.5 copas, Ayala et al., 1998); de 20% (de 5.9 a 4.7 copas, L. C. Sobell, 2002), en comparación con los porcentajes reportados en la presente investigación de 59% (de 7.5 a 3 copas). En relación con el consumo semanal, el estudio de Andreasson et al (2002) reportó una reducción de 65% (de 22.7 a 7.9 copas) en comparación con la reducción del 71% reportado en la presente investigación (de 21.1 a 6.1 copas).

Finalmente, con respecto al programa PEREU, otros estudios (Annis & Davis, 1988b; Annis & Davis, 1989a, 1989b; Annis, Shoeber & Kelly, 1996; Graham, Venesoen, Annis, Brett, Zarebski et al., 1985) han encontrado al año de seguimiento reducciones hasta de un 87.5% (véase Annis et al, 1996), en comparación con los porcentajes de reducción reportados en la presente investigación de 77% en el consumo semanal (de 30 a 9.9 copas); y de 63% en la cantidad de consumo por ocasión (de 10 a 3.4 copas).

Sin embargo, cabe señalar, que lo realmente importante de los resultados obtenidos no es tanto las diferencias en los niveles de decrementos en los porcentajes de consumo semanal o por ocasión de consumo, sino la consistencia en las tendencias y las diferencias clínicas y estadísticamente significativas observadas en los distintos estudios, ya que las diferencias en los porcentajes específicos de tales medidas de resultados pueden atribuirse a una serie de factores tales como: a) diferencias en el tamaño de las muestras, características sociodemográficas (p. ej., edades, género), b) diferencias en los patrones de consumo y problemas relacionados al consumo; c) diferencias en los rangos potenciales de reducción de los patrones de consumo y problemas relacionados con el consumo como resultado de los niveles de consumos reportados antes del tratamiento en conjunción con las metas de consumo establecidas por los participantes; d) diferencias en los criterios para cuantificar los problemas relacionados con el consumo (puntos vs. número de problemas); d) diferencias en el número de sesiones realizadas por un mismo tipo de tratamiento en distintos estudios; e) diferencias en el tipo de análisis estadístico aplicados; e) diferencias en la extensión de los seguimientos, etc.

8.2.3.0. RESULTADOS DE LA COMBINACIÓN DE LAS DISTINTAS VARIABLES DE IGUALACIÓN CONSIDERADAS POR EL MODELO SOBRE SU EFICACIA CLÍNICA Y ESTADÍSTICA

Los resultados de la presente investigación proporcionan evidencia de que la combinación de las distintas estrategias de igualación consideradas por el modelo para las asignaciones diferenciales de los participantes a los tres programas de tratamiento que integran el modelo resultó exitosa, ya que no se presentó la situación de tener que escalar a ninguno de los participantes a otro tratamiento específico y de que los resultados de tratamiento en términos de los porcentajes de decremento alcanzados por dichos programas superaron los logrados por dichos programas cuando son aplicados empleando menores niveles de igualación, tal y como se observó en el apartado anterior.

8.2.4.0. LIMITACIONES EN LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA CLÍNICA Y ESTADÍSTICA DEL MODELO Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS QUE LO INTEGRAN

Una primera limitación observada en la presente investigación se refiere al reducido número de participantes que conformaron los grupos y sub-grupos, lo que dio lugar a una pérdida de poder estadístico, reconociéndose la incrementada probabilidad de errores tipo I, por lo que no se pueden generar conclusiones definitivas y estos deben interpretarse a la luz de las limitaciones inherentes. En este sentido, se ha señalado (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998): “que para lograr un nivel recomendado de poder estadístico de .80 cuando se evalúan los tamaños de efectos moderados en un diseño de tres grupos, se requeriría de 56 participantes por cada grupo, si se incluyen cuatro variables dependientes” p. 353). Sin embargo, el empleo de un mayor número de participantes que satisficiera dichos requerimientos estaba más allá de nuestras capacidades logísticas.

Una segunda limitación observada en la presente investigación es que sólo se emplearon medidas de auto-informe y de automonitoreo para evaluar las medidas de resultados, esto pudo haber impuesto ciertos sesgos en la confiabilidad y validez de los datos recolectados, a pesar de que otros estudios (Véase a M. B. Sobell, Sobell, Klajner, Pavan & Basian, 1986; White & Lobouvie, 1989) han reportado que la TLFB y el RAPI son instrumentos válidos y generalmente altamente confiables (comúnmente r 's $>.87$) que se han estudiado frecuentemente con estudiantes universitarios, además de que se emplearon informantes colaterales en los que sus reportes proporcionaron buena evidencia de confiabilidad en la medición de las tasas de consumo de alcohol, aún cuando esta disminuyó cuando se midieron los problemas relacionados con el consumo. Por lo que resulta conveniente complementarlos con indicadores bioquímicos (p. ej., gamma-glutamyl transpeptidasa GGT, VCM) y de métodos de observación directa, a pesar de que se señale que, dados los niveles de consumo que caracterizan a la mayoría de los estudiantes universitarios, los resultados que arrojen dichos indicadores bioquímicos resulten ubicarse dentro de los rangos de normalidad, lo cual los haga ver poco sensibles (Véase a M. B. Sobell et al.).

Una tercera limitación observada en la presente investigación es que dentro del espectro de consumidores de alcohol estudiados no hubo dependientes con síntomas muy severos de dependencia y no presentaron comorbilidad adictiva ni psiquiátrica ni otras características que suelen caracterizar a los consumidores con historia familiar de problemas de alcohol de muchos de los estudios familiares, por lo que se puede decir que el perfil de los usuarios no fue tan problemático en su nivel de severidad, lo cual impide hacer generalizaciones a dichas poblaciones, lo cual por otro lado, no parece ser característico de las poblaciones de estudiantes universitarios, aunque tampoco se deben de descartar o minimizar.

Una cuarta limitación es que no se efectuaron análisis exploratorios de cómo las características de las terapeutas y de la interacción cliente-terapeuta (p. ej., empatía, rapport, alianza terapéutica) pudieran haber contribuido a los resultados, considerando que los niveles de satisfacción y resultados de los participantes variaron entre las terapeutas y de que otros análisis han demostrado que la alianza terapéutica entre el cliente y el terapeuta produce una modesta pero consistente contribución a la participación en el tratamiento y a sus resultados (Connors, Carroll., DiClemente, Longabaugh & Donovan, 1997).

8.2.5.0. CONCLUSIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA CLÍNICA Y ESTADÍSTICA DEL MODELO Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS QUE LO INTEGRAN

Los hallazgos en relación con este propósito de investigación son relevantes tanto con el contenido de los tratamientos (p. ej., qué tratamiento específico resulta recomendable) y la conducción del tratamiento (p. ej., como instrumentar el tratamiento). Por lo cual, podemos afirmar que el modelo cuenta con eficacia clínica y estadística en reducir los patrones de consumo y problemas relacionados al consumo de los estudiantes universitarios participantes con y sin historia familiar de problemas de alcohol a un año de seguimiento. Sin embargo, deben de considerarse las limitaciones metodológicas y de interpretación señaladas que imponen restricciones en cuanto a la generalización de estos resultados a toda la población de estudiantes universitarios con problemas de alcohol.

8.3. PERSPECTIVAS ACTUALES Y A FUTURO

El modelo aquí propuesto representa un esfuerzo importante en la instrumentación de una generación de modelos cognitivo-conductuales motivacionales dirigidos a emplear al máximo las estrategias y variables de igualación cliente-tratamiento con evidencia de investigación acumulada a lo largo de los últimos 30 años para el tratamiento de los problemas de alcohol. Sin embargo, debido a que por razones prácticas el modelo no incluyó a otros tratamientos conductuales (p. ej., programa de reforzamiento comunitario) o cognitivo-conductuales (p. ej., programa de intervención breve para adolescentes) que cubren a sectores de problemas de alcohol, que aunque pequeño en el primer caso, representa a un subgrupo de usuarios que seguramente requieren atención, y en consecuencia, deben ser considerados por todo modelo que pretenda ser incluyente y comprehensivo de la problemática de alcohol existente.

Es en este sentido que el presente modelo puede ser ampliado para que, manteniendo los ingredientes con demostrada eficacia para estos subgrupos de consumidores con abuso y dependencia al alcohol, incorpore otros tratamientos cognitivo-conductuales y motivacionales e inclusive otros tratamientos con otros enfoques pero compatibles con la teoría del aprendizaje social (p. ej., farmacoterapia), aún cuando esto solo fuera necesario llevar a cabo con ciertos grupos de consumidores y no con todos, con base en la evaluación prescriptiva correspondiente, de tal forma que cada estudiante pueda ser igualado a los elementos específicos del tratamiento que necesita y demanda. En esencia, la ruta para contar con tratamientos de atención escalonada más efectivos, consistirá en incluir otras modalidades de tratamientos e hipótesis de igualación con evidencia de investigación que consideren otros grupos de consumidores y que demuestren ser superiores a los que actualmente cuenta el modelo aquí propuesto, con ciertos subgrupos de consumidores.

Por otro lado, el presente modelo sólo incluyó una de varias modalidades del método de igualación, a saber, -la igualación cliente-tratamiento- por lo que la siguiente generación de modelos cognitivo-conductuales motivacionales que se basen en la metodología de igualación deberán considerar, además, la inclusión de la modalidad de igualación terapeuta-cliente, si es que se quiere potenciar, aún más, dicha metodología que nos lleve a programas de tratamiento todavía más efectivos.

Otra ruta que actualmente está recibiendo un impulso importante para el abordaje de los problemas de abuso y dependencia al alcohol en estudiantes universitarios, es la combinación de enfoques de naturaleza psicosocial y biológica, rebasándose el marco propiamente psicosocial y adentrándose más bien a modelos de naturaleza biopsicosocial, tal es el caso del Proyecto de Intervención Conductual COMBINE (CBI) (COMBINE Reserach Group, 2003a y 2003b) y del Proyecto de Terapia de Amplio Espectro (BST; Broad Spectrum Therapy, Gulliver, Longabaugh, Davidson & Swift, 2005).

El Proyecto COMBINE (CBI) se desarrolló a partir de los tratamientos y resultados del Proyecto MATCH con el propósito fundamental de crear un tratamiento que constituyera el estado del arte para el abordaje del abuso y la dependencia al alcohol que combina componentes de tratamiento de tipo farmacológico, cognitivo-conductual y motivacional, y que al igual que el Proyecto MATCH, es un ensayo clínico aleatorizado multicentro conducido por el NIAAA en colaboración con 11 universidades estadounidenses.

En dicho modelo, los componentes cognitivo-conductual y motivacional se encuentran constituidos por los módulos de entrenamiento en destrezas, seleccionados por los pacientes con base a sus preferencias, y en el empleo de la entrevista motivacional, respectivamente. Por otro lado, se realiza referencia a grupos de auto-ayuda mutua tipo AA y se involucra a un colateral significativo que apoye al paciente. Se incluyen cuatro fases de tratamiento: componentes de tratamiento estandarizados para todos los pacientes (Fase 1 y 2); módulos individualizados seleccionados para satisfacer las necesidades de cada paciente

(Fase 3), y terminación/mantenimiento de destrezas (Fase 4). Con este enfoque, los pacientes inicialmente desarrollan planes de autocambio basados en evaluaciones y retroalimentación que reciben sobre los efectos que tiene el consumo de alcohol sobre sus vidas. Paso seguido, los pacientes seleccionan las opciones apropiadas a partir de un menú de módulos de destrezas de enfrentamiento que les faciliten la ejecución de sus planes de autocambio. Este modelo ilustra la importancia de tratar de administrar un tratamiento individualizado y flexible dentro de un formato estandarizado. Los resultados reportados a los tres meses de seguimiento indicaron una reducción en el consumo semanal de alcohol de 80% (de 66 a 13 copas a la semana) y un 75% de abstinencia al alcohol.

El Proyecto BST también es de aparición relativamente reciente y se encuentra dirigido, al igual que el Proyecto COMBINE, al abordaje de los problemas de abuso y dependencia al alcohol. Se encuentra basado en la teoría cognitivo-conductual y en la psicología motivacional, así como en el constructo de igualación cliente-tratamiento. Al igual que el proyecto COMBINE (CBI), el BST incorpora componentes de la Terapia de Incremento Motivacional (MET) y refiere a los pacientes para su participación en grupos de ayuda mutua, pero se distingue del CBI en que selecciona los módulos de tratamiento con base en las evaluaciones de las características de los pacientes efectuadas durante la línea base (en contraste con el CBI en donde las preferencias de los pacientes determinan la selección de los módulos de tratamiento). En este enfoque, la base para el diseño del plan de tratamiento individualizado del paciente lo constituye la evaluación sistemática de sus fortalezas y déficits y, dependiendo del perfil emergente del paciente, se incorporan diferentes módulos dentro del menú de opciones de tratamiento. Además, la selección de los módulos de tratamiento puede ser reevaluada y ajustada, en la medida en que los problemas relacionados con el alcohol del paciente cambian durante el tratamiento.

El BST posee una sólida base terapéutica, en la medida en que se desarrolló con base en tres importantes tratamientos con eficacia clínica demostrada: el programa de reforzamiento comunitario (CRA; Community Reinforcement Approach, Smith, Meyers & Delaney, 1998); el Proyecto MATCH, y el Proyecto COMBINE, empleando además terapia farmacológica, los grupos de ayuda mutua, redes de apoyo social y una "hot line" para que los pacientes llamen y hagan citas para su atención.

Basado en los principios y procedimientos de la MET (Motivational Enhancement Therapy), el BST incorpora todos los datos de evaluación en un reporte de retroalimentación personal, que a su vez es empleado para establecer las metas de tratamiento. La fase MET dura una o dos sesiones. Después de estas dos sesiones, los pacientes avanzan a un módulo de análisis funcional. A partir del establecimiento de metas y del análisis funcional, el terapeuta y el paciente determinan conjuntamente los módulos que conformaran la mayor parte del tratamiento. A la fecha, se cuenta con 24 sesiones-módulo disponibles en el manual del programa. En el Proyecto que aún se encuentra en operación se espera que los pacientes completen ocho sesiones básicas, con la opción de seis sesiones

adicionales, dependiendo del perfil del paciente. Todas las sesiones tienen una duración de 50 minutos, con excepción de la sesión inicial de la MET, que típicamente dura 90 minutos.

Sin embargo, el Proyecto BST va más allá del proyecto CRA y del Proyecto COMBINE al emplear *hipótesis de igualdad teóricamente derivadas* y con apoyo empírico, para guiar la selección de los módulos de tratamiento. De tal suerte que todos los pacientes admitidos al programa llevan a cabo una evaluación completa de estas variables que han demostrado capacidades de igualdad.

Tanto el tratamiento COMBINE como el BST son administrados por terapeutas competentes en la práctica clínica diaria. De esta forma, los planes de tratamiento individualizados son desarrollados e instrumentados para muchos pacientes en respuesta a sus preferencias o en las evaluaciones realizadas por los terapeutas sobre sus necesidades. Sin embargo, el grupo de autores del BST sugiere que no se otorguen los mismos tratamientos estandarizados a todos los pacientes pero sí los mismos “árboles de decisiones” a todos los pacientes, con lo cual los tratamientos resultantes podrían ser replicados y generalizados a la práctica clínica diaria. Se señala que la investigación clínica que está probando la efectividad de tales enfoques de tratamiento podrá evaluar la eficacia de los principios subyacentes de los tratamientos más que la instrumentación de los paquetes específicos seleccionados por cada paciente y que los resultados les informaran a los investigadores si el empleo de los árboles de decisión, como principio rector genérico, mejora los resultados del paciente.

Sin embargo, cabe señalar que tales estudios proporcionarían menos información sobre si las estrategias específicas elegidas por los pacientes que emplean tales árboles de decisiones son útiles. Consecuentemente, el objeto fundamental de la evaluación sería la eficacia de los principios de tratamiento subyacentes más que la eficacia e instrumentación de los componentes específicos o los planes individuales de tratamiento.

REFERENCIAS

- Abbey, A. (2002). Alcohol-related sexual assault: A common problem among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 118-128.
- Abbey, A., McAuslan, P. & Ross, L. T. (1998). Sexual assault perpetuation by college men: The role of alcohol, misperception of sexual intent, and sexual beliefs and experiences. *Journal of Social Clinical Psychology*, 17, 167-195.
- Abrams, D. B. & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. En H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, (pp. 131-178). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Addiction Research Foundation. (1993). *Directory of client outcome measures for addictions treatment programs*. Toronto: Author.
- Adinolfi, A. A., McCourt, W. F. & Georghegan, S. (1976). Group assertiveness training for alcoholics, *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 311-320.
- *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Salud y Consumo (2002). *Evaluación de algunas estrategias en el tratamiento de la dependencia alcohólica (Influencia de antagonistas opiáceos y acomedidos)*. Diciembre. Madrid: AETS.
- Agostinelli, G., Brown, J. M. & Miller, W. R. (1995). Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 25, 31-40.
- Allen, S. S. (1991). Effects of familial alcoholism on treatment outcomes in alcohol dependent patients, *Doctoral Dissertation*, University of Missouri-Columbia, 135 pages. Publication no. AAT 92099918
- Allen, J. P. & Kadden, R. M. (1995). Matching clients to alcohol treatments. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (278-291)*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Allen, J. P., Mattson, M. E., Miller, W. R., Tonigan, J. S., Connors, G. J., Rychtarik, R. G., et al. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Alterman, A. I. (1998). Patterns of familial alcoholism, alcoholism severity, and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 167-175.
- Alterman, A. I., Searles, J. S. & Hall, J. G. (1989). Failure to find differences in drinking behavior as a function of familial risk for alcoholism: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 50-53.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ta. Ed.)* Washington, DC, EE. UU.: Author.
- American Society of Addiction Medicine. (1994). *Principles of Addiction Medicine*. Chevy Chase, MD. EE. UU.: Author.
- Ametrano, I. M. (1992). An evaluation of the effectiveness of a substance-abuse prevention program. *Journal of College Student Development*, 33, 507-515.
- Anderson, B. K., Larimer, M. E., Lydum, A. R. & Turner, A. P. (1998, enero). Prevention of Alcohol Problems in College Greek Systems. Sesión de cartel presentada en la 106th reunión anual de la American Psychological Association.
- Anderson, E. & Scott, E. (1992). The effect of general practitioner's advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction*, 87, 891-900.
- Andreasen, N. C., Rice, J., Endicott, J., Reich, T., & Coryell, W. (1986). The family history approach to diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 43, 421-429.
- Andreasson, S., Nanasagi, H. & Oesterlund, B. (2002). Short-term treatment for alcohol-related problems: Four-session guided self-change versus one session of advice-A randomized, controlled trial. *Alcohol*, 28(1), 57-62.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988a). Assessment of expectancies. En D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of Addictive Behaviors* (pp. 84-112). New York: Guilford Press.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1989a). Relapse prevention. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. (pp. 170-182). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1989b). Relapse prevention training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2(2), 81-103.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988b). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T. B. Baker & D. S. Cannon (Eds.), *Assessment and Treatment of Addictive Disorders*. (pp. 88-112) New York: Praeger Publishers.
- Annis, H. M. & Graham, J. M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ) User's Guide*. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.

- Annis, H. M., Graham, J. M. & Davis, C. S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS) User's Guide*. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996a). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996b). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An outpatient Counselling Approach*, (pp. 28-36), Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996c). *Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach*. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H. M., Schober, R. & Kelly, E. (1996). Matching addiction outpatient counselling to client readiness for change: The role of structured relapse prevention Counselling. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol. 4.
- Antón, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A, et al. (2006). Combined pharmacotherapy and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trail, *JAMA*, 295, 2003-2017.
- Ariño, J. y Ballesteros, J. (1995). El síndrome de dependencia al alcohol. Conceptos actuales. En: F. Rodríguez y A. Sierra (Eds.), *La investigación epidemiológica en drogodependencias*. Las Palmas: ICEPSS Editores, 61-71.
- Ariño, J., Ballesteros, J. y Gutiérrez, M. (2000). Alcoholismo y toxicomanías. En A. Bulbena, G. Berrios, y P.F. Fernández (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología*, (pp. 245-253). Barcelona, Masson,
- Armor, D. J., Polich, J. M. & Stambul, H. B. (1978) *Alcoholism and treatment*. New York: Wiley
- Arnett, J. J. (1996). Sensation seeking, aggressiveness, and adolescents reckless behavior. *Personality and Individual Differences*, 20, 693-702.
- Aubrey, L. L. (1998). Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse. *Dissertation Abstracts International*, 59-03B, 1357.
- Ayala, V. H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de Autocontrol para bebedores problema en México, *Salud Mental*, 18(4), 18-24.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. y Gutiérrez, L. M. (1998a). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Facultad de Psicología, UNAM y Ed. Porrúa. México.
- Ayala, V. H. y Echeverría, S. L. (1998a): Detección temprana e intervención breve. En Fundaciones de Investigaciones Sociales, A.C., *Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. (pp. 150-163). México.
- Ayala, V. H., Echeverría, S. L., Galván, M. E. y Martínez, R. M. (2002). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Manual para Profesionales de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Proyecto CONACYT G 36266-H.México.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1998b). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México [An early and brief intervention alternative for problem drinkers in México]. *Acta Comportamental*, 6, 71-93.
- Ayala, E. H., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En H. A. Velázquez y L. E. San Vicente (comp.). (2002). *Tratamiento de conductas Adictivas*, (pp. 25-66). Facultad de Psicología UNAM.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14(5), 339-348.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiran and community reinforcement therapy, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Babor, T. F. (1994). Introduction. Method and theory in the classification of alcoholics. En T. F. Babor., V. Hesselbrock., R.E. Meyer & W. Shoemaker (Eds.), *Types of alcoholics. Evidence from clinical Experimental and Genetic Research*, (pp. 1-6). New York.
- Babor, T. F. & De la Fuente J. R. (1989). *The Alcohol Use Disorders Identification Test*, (pp. 1-24). Ginebra: WHO,
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R, Saunders, J. & Grant, M. (1992a). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. World Health Organization

- Babor, T. F. & Grant, M. (Eds.). (1992). *Project on identification and management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care*. Genève: World Health Organization.
- Babor, T. F., Hoffmann, M., Delboca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S. & Rounsaville, B. (1992b). Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity, *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 599-608.
- Babor, T. F., Kranzler, H. R., Lauerman, R. J. (1987). Social drinking as a health and psychosocial risk factor. Anstie's limite revisited. En M. Galanter (ed.), *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 5, (pp. 373-402). New York, Plenum.
- Babor, T. F., Longabaugh, R., Zweben, A., Fuller, R. K., Stout, R. L. & Anton, R. F. (1994). Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. En D. M. Donovan & M. E. Mattson (Eds.), *Alcoholism treatment matching research: methodological and clinical approaches. Journal of Studies on Alcohol*. (Suppl. 12), 101-111.
- Babor, T. F., Ritson, E. B. & Hodgson, R. J. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care setting: A Review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*, 81, 23-46.
- Baer, J. S. (1994). Effects of college residence on perceived norms for alcohol consumption: An examination of the first year in college, *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 43-50.
- Baer, J. S. (1993). Etiology and secondary prevention of alcohol problems with young adults. En J. S. Baer, G. A. Marlatt & R. J. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the lifespan: Prevention, treatment, and policy issues*, (pp. 111-137). Newbury Park, California: Sage.
- Baer, J. S. (2002). Student factors: understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 40-53.
- Baer, J. S. & Carney, M. M. (1993). Biases in the perceptions of the consequences of alcohol use among college students, *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 54-60.
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., Mcknight, P. & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history, *American Journal of Public Health*, 91, 1306-1310.
- Baer, J. S., Kivlahan, D., Fromme, K. & Marlatt, G. A. (1989). A comparison of three methods of secondary prevention of alcohol abuse with college students: Preliminary results. En T. Loberg, W. R. Miller, G. A. Marlatt & E. E. Nathan, (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 157-171). Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Baer, J. S., MacLean, M. G. & Marlatt, G. A. (1998). Linking etiology, prevention, and treatment for adolescent alcohol use: towards a better match. En R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behaviors* (pp. 182-220). Boston, MA: Cambridge University Press.
- Baer, J. S., Marlatt, G. A., Kivlahan, D. R., Fromme, K., Larimer, M. E. & Williams, E. (1992). An experimental test of three methods of alcohol risk-reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 974-979.
- Baer, J. S., Novick, N. J. & Hummel-Schluger, A. O. (1995). Task persistence after alcohol consumption among children of alcoholics, *Alcoholism and Clinical Experimental Research*, 19, 955-960.
- Baer, J. S., Stacy, A. & Larimer, M. (1991). Biases in the perception of drinking norms among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 580-586.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston. pp. 677.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review* 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). Regulative function of perceived self-efficacy. En M. G. Rumsey, C. B. Walker & J. H. Harris (Eds.), *Personnel Selection and Classification*. Hillsdale, NJ; Lawrence Erlbaum Associates. pp. 261-271.
- Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ. : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Barnes, G. M., Welte, J. W. & Dintcheff, B. (1992). Alcohol misuse among college students and other young adults: Finding from a general population study in New York State. *International Journal of Addiction*, 27, 917-934.
- Barnett, L. A., Far, J. M., Mauss, A. L. & Miller, J. A. (1996). Changing perceptions of peer norms as a drinking reduction program for college students, *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41(2), 39-62.

- Barragán, L., Morales, S. & Ayala, H. (2003). Community Reinforcement Approach: Treatment for chronic alcohol and drug users in Mexico. Escrito presentado en la 29th reunión anual de la *Behavioral Analysis Society*, ABA San Francisco, California.
- Baumrind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. En C. E. Irwin (Ed.), *Adolescent Social Behavior and Health*, (pp. 93-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass,
- Beck, A. T. (1990). *Beck Anxiety Inventory BAI*. The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company.
- Beck, A. T. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI): Second Edition*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press,
- Beck, J. S. & Liese, B. S. (1998). Cognitive therapy. En R. J. Frances & S. I. Miller (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders*, (pp. 547-573). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*, San Antonio, TX; Psychological Corporation.
- Beck, K. H., Thombs, D. L., Mahoney, C. A. & Fingar, K. M. (1995). Social context and sensation seeking: Gender differences in college student drinking motivations, *International Journal of Addictions*, 30, 1101-1115.
- Beck, A. T. & Wright, F. D. (1992). Cocaine abuse. En A. Freeman & F. Dattilio (Eds.), *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy* (pp. 185-192). New York: Plenum Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman L. & Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Bennett, M. E., McCrady, B. S., Keller, D. S. & Paulus, M. D. (1996). An intensive program for collegiate substance abusers: Progress six months after treatment entry, *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 13, 219-225.
- Berkowitz, A. D. & Perkins, H. W (1986). Problem drinking among college students: A review of recent research. *Journal of American College Health*, 35, 21-28.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Borouhgs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Bien, T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addictions*, 88, 315-336.
- Bellingham, R. E., Parrillo, A. V. & Gross, W. C. (1993). Reasons given by college students for drinking: A discriminant analysis investigation. *International Journal of Addiction*, 28, 793-802.
- Birke, S. A., Edelmann, R. J. & Davis, P. E. (1990). An analysis of the abstinence violation effect in a sample of illicit drug users. *British Journal of Addiction*, 85(10), 1299-1307.
- Bogart, C. J., Yeatman, F. R., Sirridge, S. T. & Geer, F. A. (1995). Alcohol expectancies and the personal and parental drinking patterns of women. *Women Health*, 22 (4), 51-66.
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 728-733.
- Boyd, G. M., Howard, J. & Zucker, R. A. (Eds.). (1995). *Alcohol problems among adolescents: current directions in prevention research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bradley, B. P., Gossop, M., Brewin, C. R., Phillips, G. & Green, L (1992). Attributions and relapse in opiate addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 470-472.
- Bradley, J. R., Carman, R. S. & Petree, A. (1992). Personal and social drinking motives, family drinking history, and problems associated with drinking in two university samples. *Journal of Drug Education*, 22, 195-202.
- Brehm, S. S. & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York, Academic Press.
- Brennan, A. F., Walfish., S. & AuBuchon, P. (1986a). Alcohol use and abuse in college students: A review of individual and personality correlates. *International Journal of Addiction*, 21, 449-474.
- Brennan, A. F., Walfish, S. & AuBuchon, P. (1986b). Alcohol use and abuse in college students: II. Social/environmental correlates, methodological issues, and implications for interventions. *International Journal of Addiction*, 21, 475-493.
- Breslin, F. C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Buchan, G. & Cunningham, J. A. (1997). Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: The predictive utility of within treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction*, 92, 1479-1489.
- Breslin, F. C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Cunningham, J. C., Sdao-Jarvie, K. & Borsoi, D. (1999). Problem drinkers: Evaluation of a stepped-care approach. *Journal of Substance Abuse*, 10, 217-232.
- Brown, J. M. & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

- Brown, S. A. (1993). Drug effect expectancies and addictive behavior change. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 1(1-4), 55-67.
- Brown, S. A. (1985). Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 123-130.
- Brown, S. A., Carrello, P. D., Vik, P. W. & Porter, R. J. (1998). Change in alcohol effect and self-efficacy expectancies during addiction treatment, *Substance Abuse*, 19(4), 155-167.
- Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E. & Delis, D. C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism and Clinical Experimental Research*, 24, 164-171.
- Brownell, K. D. & Wadden, T. A. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy*, 22, 153-177.
- Bucholz, K. K. (1990). A review of correlates of alcohol use and alcohol problems in adolescence. En M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 8: Combined Alcohol and Other Drug Dependence*, (pp. 111-123). New York: Plenum Press.
- Cahalan, D. & Room, R. (1974). *Problem drinking among American men*. Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of Alcohol Studies. xiv, p. 269.
- Camatta, C. D. & Nagoshi, C. T. (1995). Stress, depression, irrational beliefs, and alcohol use and problems in a college student sample. *Alcoholism and Clinical Experimental Research*, 19, 142-146.
- Campbell, K. E., Zobeck, I.S. & Bertolucci, D. (1995). *Trends in alcohol-related fatal traffic crashes, United States, 1977-1993* (Surveillance Report No. 34). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Campillo, C. (1987). *Estudio internacional coordinado por la OMS sobre identificación y tratamiento de personas cuyo consumo de alcohol pone en riesgo su salud*. Fase II. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Carey, K. B. (1995a). Alcohol-related expectancies predict quantity and frequency of heavy drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 236-241.
- Carey, K. B. (1995b). Heavy drinking contexts and indices of problem drinking among collage students. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 287-292.
- Carey, K. B. (1993). Situational determinants of heavy drinking among college students. *Journal of Counselling and Psychology*, 40, 217-220.
- Carey, K. B. & Correia, C. J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 100-105.
- Carpenter, K. M. & Hasin, D. S. (2001). Reliability and discriminant validity of the Type I/II and Type A/B alcoholic subtype classification in untreated problem drinkers: A test of the Apollonian-Dionysian hypothesis. *Drug and Alcohol Dependence*, 63(1), 51-57.
- Carroll, K. M. (1996a). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy in substance abuse treatment. En F. Rotgers., D. S. Keller & J. Morgenstern (Eds.), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*. New York: Guilford Press.
- Carroll, K. M. (1996b). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K. M. (1998). *Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1: A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Cashin, J. R., Presley, C.A. & Meilman, P.W. (1998). Alcohol use in the Greek system: Follow the leader? *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 63-70.
- Castro, M. E. y Maya, M. A. (1987). El consumo de alcohol en la población estudiantil. *Salud Mental*, 10(4), 52-58.
- Catarino, P. A. (1992). Is there a safe level of drinking? A student's view. *Alcohol and Alcoholism*, 27, 465-470.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999a). Brief Cognitive Behavioral Therapy. En *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series Number 34*, pp. 51-77. DHHS Publication No. (SMA). Substance Abuse and Mental Health Administration U.S. Department of Health and Human Services, Rockwall II.: Author.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999b). Brief Interventions in Substance Abuse Treatment. En *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series Number 34*. (pp. 13-36). DHHS Publication No. (SMA) 04-3952, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Department of Health and Human Services. Rockwall II.: Author.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999c). Brief Therapy in Substance Abuse Treatment. En *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series Number 34*. (pp. 37-50). DHHS Publication No. (SMA) 04-3952, Substance Abuse and

- Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services. Rockwall II.: Author.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999d). Introduction to Brief Interventions and Therapies. En *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series Number 34.* (pp. 1-12). DHHS Publication No. (SMA) 04-3952, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services. Rockwall II. : Author.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R. & Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1092-1104.
- Chaney, E. F., Roszell, D. K. & Cummings, C. (1982). Relapse in opiate addicts: A behavioral analysis. *Addictive Behaviors*, 7(3), 291-297.
- Chassin, L., Presson, C. C. & Sherman, S. J. (1989). "Constructive" vs. "destructive" deviance in adolescent health-related behaviors. *Journal of Youth Adolescence*, 18, 245-262.
- Chick, J. (1995). The paella of drinking symptoms: Relationships between ingredients depend on how ingredients are defined and where the spoonful is taken. En Commentaries on Kahler et al's paper. Loss of control and inability to abstain: The measurement of and the relationship between two constructs in male alcoholics. *Addiction*, 90, 1037-1051.
- Chick, J., Lloyd, G. & Crombie, E. (1985). Counseling problem drinkers in medical wards: A controlled study. *British Medical Journal*, 290(6473), 965-967.
- Chung, T., Langembucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J. & Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patients coping responses predict 12- month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92-100.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, Criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 4, 284-290.
- Clapper, R. L., Martin, C. S. & Clifford, P. R. (1994). Personality, social environment, and past behavior as predictors of late adolescent alcohol use. *Journal of Substance Abuse*, 6, 305-313.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S. & Bohman, M. (1996). Type I and Type II alcoholism: An Update. *Alcohol Health and Research World*, 20, 18-23.
- Collins, R. L. & Marlatt, G. A. (1983). Psychological correlates and explanations of alcohol use and abuse. En B. Tabakoff, P. Sutker & C. Randall (Eds.), *Medical and Social Aspects of Alcohol Abuse* (pp. 273-308). New York: Plenum Press.
- COMBINE Research Group. (2003a). Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: Rational and methods. Alcohol. *Clinical and Experimental Research*, 27(7), 1107-1122.
- COMBINE Research Group. (2003b). Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence (8the COMBINE Study): A pilot feasibility. Alcohol. *Clinical and Experimental Research*, 27(7), 1123-1131.
- Connors, G. J., Carroll, K. M., Diclemente, C. C., Longabaugh, R. & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 588-598.
- Cooney, N. L., Kadden, R. M., Litt, M. D. & Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 598-601.
- Cooney, N. L., Kadden, R. M. & Steinberg, H. R. (2005). Assessment of alcohol problems. En D. M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Assessment of Addictive Behaviors*, (pp. 71-112). The Guilford Pres. New York.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 101-117.
- Corbin, W. R., McNair, L. D. & Carter, J. (1996). Self-esteem and problem drinking among male and female college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 42, 1-14.
- Cronin, C. (1996) Harm reduction for alcohol-use-related problems among college students. *Substance Use and Misuse*, 31, 2029-2037.
- Cronin, C. (1997). Reasons for drinking versus outcome expectancies in the prediction of college student drinking. *Substance Use and Misuse*, 32, 1287-1311.
- Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1978). Evaluating alcoholism treatment programs: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1105-1119.
- Cummings, C. & Gordon, J. R. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. En W. R. Miller (Ed.), *The addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity*, (pp. 291-321). Elmsford, NY: Pergamon Press.

- Daley, D. C. & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention: Cognitive and behavioral interventions. En J. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman et al. (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*, (4ta. ed.), 772-785. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Damphouse, K. R. & Kaplan, H. B. (1998). Intervening processes between adolescent drug use and psychological distress: An examination of the self-medication hypothesis. *Social Behavior and Personality*, 26, 115-130.
- Darkes, J. & Goldman, M.S. (1993). Expectancy challenge and drinking reduction: Experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 344-353.
- Darkes, J. & Goldman, M.S. (1998). Expectancy challenge and drinking reduction: Process and structure in the alcohol expectancy network. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6, 64-76.
- Davidson, D., Swift, R. & Fitz, E. (1996). Naltrexone increases the latency to drink alcohol in social drinkers. *Alcoholism and Clinical Experimental Research*, 20, 732-739.
- Davies, J. B. (1992). *The Myth of Addiction: An Application of the Psychological Theory of Attribution to Illicit Drug Use*. Philadelphia: Harwood Academic Publishers.
- De Bellis, M. D., Clark, D. B., Beers, S. R., Soloff, P. H., Boring, A. M., Hall, J., Kersh, A. & Kivlahan, M. S. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 737-744.
- De la Fuente, R. (1986). *Estudio internacional coordinado por la OMS sobre identificación y tratamiento de personas cuyo consumo de alcohol pone en riesgo su salud. Fase I*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- De la Fuente, J. R., y Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, 35(2), 47-51.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. E., y Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo de Cultura Económica. México.
- DeJong, W. (2002). The role of Mass Media Campaigns in Reducing High-Risk Drinking among College Students. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 182-192.
- DeJong, W. & Langford, L. M. (2002). A typology for campus-based alcohol prevention: Moving toward environmental management strategies. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 140- 147.
- DeNelsky, G. Y. & Boat, B. W. (1986). A coping skills model of psychological diagnosis and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 322-330.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. & Hughes, S.O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 141-148.
- DiClemente, C. C., & Fairhurst, S. K. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En J. E. Maddux (Ed.). *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, Research, and Application*, (pp. 109-141). New York: Plenum Press.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- Dimeff, L. A. (1997). Brief Intervention for Heavy and Hazardous College Drinkers in a Student Primary Health Care Setting. *Ph.D. dissertation*, Seattle, WA: University of Washington.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*, New York: Guilford Press.
- Donovan, D. M. (1998). Assessment and interviewing strategies in addictive behaviors. En B. S. McCrady. & E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive Guidebook for Practitioners*, (pp. 187-215). New York: Oxford University Press.
- Donovan, D. M. (1996a). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91 (Suppl.. S36).
- Donovan, D. M. (1996b). Commentary on replication of Marlatt's taxonomy: Marlatt's classification of relapse precipitants: Is the emperor still wearing clothes? *Addiction*, (Suppl. 92), S131-S137.
- Donovan, D. M. & Chaney, E. F. (1985). Alcoholic relapse prevention and intervention: Models and methods. En G. A. Marlatt. & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, (pp.351-416). New York: Guilford Press.
- Donovan, D. M., Kadden, R. M. S., DiClemente, C. C., Carroll, K. M., Longabaugh, R., Zweben, A. & Rychtarik. (1994). Issues in the selection and development of therapies in alcoholism treatment matching research. En D. M. Donovan & M. E. Mattson (Eds), *Journal of Studies on Alcohol Monograph*, (Suppl. 12), 138-148.
- Donovan, J. E., Jessor, R., & Jessor, L. (1983). Problem drinking in adolescent and young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 109-137.
- Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (1988). *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

- Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (1993). Recent developments in alcoholism: Behavioral treatment. *Recent Developments in Alcoholism*, 11, 397-411.
- Dowdall, G. W. & Wechsler, H. (2002). Studying College Alcohol Use: Widening the lens, sharpening the Focus. En *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 14-22.
- Driessen, M., Veltrup, C., Watterling, T., John, U. & Dilling, H. (1998). Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Clinical and Experimental Research*, 22(1), 77-86.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht et al. (1994). *Alcohol policy and the public good*. Oxford University Press.
- Edwards, G., Duckit, A., Oppenheimer, E., Sheeham, M. & Taylor, C. (1983). What happens to alcoholics? *Lancet*, 2, 269-271.
- Edwards, G. & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Edwards, G. & Orford, J. (1977). A plain treatment for alcoholism. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70, 344-348.
- Ellis, A. (1982). The treatment of alcohol and drug abuse: A rational-emotive approach. *Rational Living*, 17(2), 15-24.
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R. & Yeager, R. J. (1988). *Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers*. New York: Pergamon Press.
- Emrick, Ch. D. (1982). Psychologists offer alcohol abusers a chance for self-growth. *Bulletin of the Society of Psychologists in Substance Abuse*, 1(2), 37-38.
- Engs, R. C. (1990). Family background of alcohol abuse and its relationship to alcohol consumption among college students: An unexpected finding. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 542-547.
- Engs, R. C. & Aldo-Benson, M. (1995). The association of alcohol consumption with self-reported illness in university students. *Psychological Reports*, 76 (3, pt 1.), 727-736.
- Engs, R. C., Diebold, B.A. & Hanson, D. J. (1996). The drinking patterns and problems of a national sample of college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41 (13), 13-33.
- Engs, R. C. & Hanson, D. J. (1993). Drinking games and problems related to drinking among moderate and heavy drinkers. *Psychological Reports*, 73, 115-120.
- Engs, R. C. & Hanson, D. J. (1990). Gender differences in drinking patterns and problems among college students: A review of the literature. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35, 36-47.
- Engs, R. C. & Hanson, D. J. (1985). The drinking-patterns and problems of college students: 1983. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 31, 65-82.
- Epstein, E. E., Labouvie, E., McCrady, B. S., Jensen, N. K. & Hayaki, J. (2002). A multi-site study of alcohol subtypes: Classification and overlap of unidimensional and multi-dimensional typologies. *Addiction*, 97(8), 1041-1053.
- Evans, D. M. & Dunn, N. J. (1995). Alcohol expectancies, coping responses and self-efficacy judgments: A replication and extension of Cooper et al.'s 1988 study in a college sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(2), 186-193.
- Ewing, J. (1984). The CAGE questions. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Ferrell, W. L. & Galassi, J. P. (1981). Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 16, 959-968.
- Fillmore, K. M. & Midanik, L. (1984). Chronicity of drinking problems among men: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(3), 228-236.
- Finney, J. W. & Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcoholism*, 29, 229-243.
- Finney, J. W. & Moos, R. H. (1981). Characteristics and prognoses of alcoholics who become moderate drinkers and abstainers after treatment. *Journal of Studies on alcohol*, 42, 94-105.
- Finney, J. W. & Moos, R. J. (1986). Matching patients with treatment: conceptual and methodological issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 7, 22-34.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV*. MASSON, S.A. Barcelona, España. Jordi Blanch i Andreu (Trad.) Versión española de la obra original en lengua inglesa *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders-Clinical Version (SCID-CV)*, publicada por la American Psychiatric Press, Inc. de Washington.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis Disorders, patient edition. (SCID-I/P, Version 2.0)*. American Psychiatric Press, Inc. de Washington.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for*

- DSM-IV-TR axis Disorders, research version, patient edition.* (SCID-I/P). New York. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Flynn, C. A. & Brown, W. E. (1991). The effects of a mandatory alcohol education program on college student problem drinkers. *Journal of Alcohol Drug Education*, 37 (1), 15-24.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. En A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping: An Anthology*. (pp. 207-227). New York: Columbia University Press.
- Frances, R. J., Bucky, S. & Alexopoulos, G. S. (1984). Outcome study of familial and non-familial alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1469-1471.
- Frances, R. J., Timm, S. & Bucky, S. (1980). Studies of familial and nonfamilial alcoholism, I: demographic studies. *Archives of General Psychiatry*, 37, 564-566.
- Freeman, A., Pretzer, J. M., Fleming, B. & Simon, K. M. (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press.
- Fremantle, N., Gill, P., Godfrey, C., Long, A., Richards, C., Sheldon, T et al. (1993). *Brief interventions and alcohol use* (Effective Health Care Bulletin #7). Leeds, England: Nuffeld Institute for Health.
- Fromme, K., Stroot, E. & Kaplan, D. (1993). Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. *Psychological Assessment*, 5(1), 19-26.
- Galambos, N. L. & Ehrenberg, M. F. (1997). The family as a health risk and opportunity: A focus on divorce and working families. En J. Shulenberg., J. L. Maggs & K. Hurrelmann (Eds.), *Health Risks and Developmental Transitions during Adolescence*, (pp. 139-160). New York: Cambridge Univ. Press.
- Garvin, R. B., Alcorn, J. D. & Faulkner, K. K. (1990). Behavioral strategies for alcohol abuse prevention with high-risk college males. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 36 (1), 23-34.
- Gfroerer, J. C., Greenblat, J. C. & Wright, D. A. (1997). Substance use in the U.S. college-age population: differences according to educational status and living arrangement. *American Journal of Public Health*, 87, 62-65.
- Giancola, P. R. (2002). Alcohol-related aggression during the college years: Theories, risk factors and policy implications. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 129-139.
- Glaser, F. B. (1980). Anybody got a match? Treatment research and the matching hypothesis. En G. Edwards & M. Grant (Eds.), *Alcoholism Treatment and Transition*, (pp. 178-196). London: room Helm.
- Glaser, F. B. & Skinner, H. A. (1981). Matching in the real world: a practical approach. En E. Gottheil., A. T. McLellan & K. A. Druley (Eds.), *Matching Patients Needs and Treatment Methods in Alcoholism and Drug Abuse*, (pp. 295-324). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Goldman, M. S. (1994). The alcohol expectancy concept: Applications to assessment, prevention, and treatment of alcohol abuse. *Applied and Preventive Psychology*, 3(3), 131-144.
- Graber, R. A. & Miller, W. R. (1988). Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: A randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2, 20-33.
- Graham, K., Venesoen, P., Annis, H, Brett, P., Zarebski, J., Roberts, J., Dolan, W., Gaskin, J. & Law, D. (1985). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. Manuscript submitted for publication.
- Goldman, M. S. (2002). Introduction. En *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14). p. 5.
- Goldman, M. S. & Brown, S. A. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. En H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. (pp. 181-226). New York: Guilford Press.
- Goldman, M. S., & Rather, B. C. (1993). Substance abuse disorders: Cognitive models and architecture. En P. C. Kendall & K. S. Dobson (Eds.), *Psychopathology and Cognition*. (pp. 245-292). San Diego, California: Academic Press.
- Gotham, H. J., Sher, K. J. & Wood, P.K. (1997). Predicting stability and change in frequency of intoxication from college years to beyond: Individual differences and role transition variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 619-629.
- Gottheil, E., McLellan, A. T. & Druley, K. A. (Eds.). (1981). *Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Gross, W.C. & Billingham, R.E. (1998). Alcohol consumption and sexual victimization among college women. *Psychological Reports*, 82, 80-82.
- Guardia, J. (1994). Epidemiología genética y factores de riesgo en el alcoholismo. En M. Casas & M. Gutiérrez, (Eds.), *Psicopatología y alcoholismo*, (61-131). Barcelona: Neurociencias.

- Gulliver, S. B., Longabaugh, R., Davison, D., & Swift, R. (2005). The development of a broad spectrum treatment for patients with alcohol dependence in early recovery. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 53-63.
- Haden, T. L., & Edmunson, E. W. (1991). Personal and social motivations as predictors of substance use among college students. *Journal of Drug Education, 21*, 303-312.
- Halstead, W. C. (1947). *Brain and Intelligence: A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Harrington, N. G., Brigham, N. L. & Clayton, R. R. (1997). Differences in alcohol use and alcohol-related problems among fraternity and sorority members. *Drug and Alcohol Dependence, 47*, 237-246.
- Haver, B. (1987). Female alcoholics. V. The relationship between family history of alcoholism and outcome 3-10 years after treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*(1), 21-27.
- Havey, J. M. & Dodd, D. K. (1993). Variables associated with alcohol abuse among self-identified collegiate COAs and their peers. *Addictive Behaviors, 18*, 567-575.
- Hawkins, R. C., II. (1992). Substance abuse and stress-coping resources: A life-contextual clinical viewpoint. En B. C. Wallace (Ed.). *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*. (pp. 127-158). New York: Brunner/Mazel.
- Heather, N. (1995). Brief interventions strategies. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd. Ed.) (pp. 105-122). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Heather, N. & Robertson, I. (1983). *Controlled drinking*. New York: Methusen.
- Hester, R. K. (1995). Behavioral self-control training. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2da. Ed.) (pp. 148-159). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hester, R. K. (2003). Behavioral Self-Control Training. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. (3ra. Ed.) (pp. 152-164). New York: Allyn and Bacon.
- Hester, R. K. & Delaney, H. D. (1997). Behavioral Self-Control Program for Windows: Results of a controlled Clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4):686-693.
- Hesselbrock, M. N. (1986). Alcoholic typologies: A review of empirical evaluations of common classification schemes. En M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism*, (pp. 191-206). New York: Plenum Press.
- Hesselbrock., V. M., Stabenau, J. R., Hesselbrock, M. N., Meyer, R. E. & Babor, T. F. (1982). The nature of alcoholism in patients with different family histories of alcoholism. *Progressive Neuropsychopharmacology Biology Psychiatry, 6*(4-6), 607-614.
- Hill, N. J. & Blane, H. I. (1967) Evaluation of psychotherapy with alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 28*(1), 76-104.
- Hingson, R. W. & Howland, J. (2002). Comprehensive community interventions to promote health: implications for college-age drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol, (Suppl. 14)*, 226-240.
- Hodgins, D. C., Leigh, G., Milne, R. & Gerrish, R. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors, 22*(2), 247-255.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. & Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol, 52*, 517-540.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J. & Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction, 95*(7), 999-1013. Blackwell Publishing United Kingdom.
- Howard, M. O., Elkins, R. L., Rimmele, C. & Smith, J. W. (1991). Chemical aversion treatment of alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 29*(2), 107-143.
- Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 11*(1), 91-104.
- Institute of Medicine (1989). *Prevention and Treatment of Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.: Author.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.: Author.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, DC: National Academic Press.: Author.
- Institute of Medicine. (1995). *Weighing the options: Criteria for evaluating weight-management programs*. Washington, DC: National Academy Press.: Author.
- Irving, J. E., Bowers, C. A., Dunn, B. M. & Wang, M. C. (1999). Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 563-570.
- Jack, L. W. (1989). The educational impact of a course about addiction. *Journal of Nursing Education, 24*(1), 1-6.

- Jacob, T. & Leonard, K. (1994). Family and peer influences in the development of adolescent alcohol abuse: En R. Zucker, G. Boyd & J. Howard (Eds.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk. NIAAA Research Monograph No. 26.* (pp. 123-135). NIH Publication No. 94-3495, Rockville, M.D. Department of Health and Human Services.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Jaffe, A. J. & Kilbey, M. M. (1994). The Cocaine Expectancy Questionnaire (CEQ): Construction and predictive utility. *Psychological Assessment*, 6(1), 18-26.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College University Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*. New York: Cambridge Univ. Press.
- Johnson, P. B. (1989). Personality correlates of heavy and light drinking college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 34(2), 33-37.
- Johnson, T. J., Hamilton, S. & Sheets, V. L. (1999). College students' self-reported reasons for playing drinking games. *Addiction and Behavior*, 24, 279-286.
- Johnson, T. J., Wendel, J. & Hamilton, S. (1998). Social anxiety, alcohol expectancies, and drinking-game participation. *Addiction and Behavior*, 23, 65-79.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. & Schulenberg, J. E. (2005). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2004: Volume II, College students and adult ages 19-45* (NIH Publication No. 05-5728). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Jones, B. T. & McMahon, J. (1996). A comparison of positive and negative alcohol expectancy and value and their multiplicative composite as predictors of post-treatment abstinence survivorship. *Addiction*, 91(1), 89-99.
- Jones, B. T. & McMahon, J. (1994a). Negative alcohol expectancy predicts post-treatment abstinence survivorship: The whether, when, and why of relapse to a first drink. *Addiction*, 89(12), 1653-1665.
- Jones, B. T. & McMahon, J. (1994b). Negative and positive alcohol expectancies as predictors of abstinence after discharge from a residential treatment program: A one-month and three-month follow-up study in men. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(5), 543-548.
- Jones, L. M., Silvia, L. Y. & Richman, C. L. (1995). Increased awareness and self-challenge of alcohol expectancies. *Substance Abuse*, 16, 77-85.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M. & Hester, R. (Eds.). (1992). *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence*. Project MATCH Monograph Series, Volume 3. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Kadden, R. M. & Cooney, N. L. (2005). Treating alcohol problems. En G. A. Marlatt & D.M. Donovan (Eds.), *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. (pp. 65-91). (2da. Ed.). The Guilford Press, New York.
- Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H. & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 698-704.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Cooney, N. L., Kabela, E. & Getter, H. (2001). Prospective matching of alcoholic clients to cognitive-behavioral or interactional group therapy. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 359-369.
- Kahan, M., Wilson, L. & Becker, L. (1995). Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 851-859.
- Kahler, C. W., Epstein, E. E. & McCrady, B. S. (1995). Loss of control and inability to abstain: The measurement of and the relationship between two constructs in male alcoholics. *Addiction*, 90, 1025-1036.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141.
- Keller, D. S., Bennett, M. E., McCrady, B. S., Paulus, M. D. & Frankenstein, W. (1994). Treating college substance abusers: The New Jersey collegiate substance abuse program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 569-581.
- Kivlahan, D. R., Marlatt, G. A., Fromme, K., Coppel, D. B. & Williams, E. (1990). Secondary prevention with college drinkers: Evaluation of an alcohol skills training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 805-810.

- Knight, K., Simpson, D.D. & Hiller, M.L., (2002). Screening and referral for substance-abuse treatment in the criminal justice system. En C. G. Leukefeld., F. Tims & D. Farabee (Eds.), *Treatment of Drug Offenders: Policies and Issues*. (pp. 259-272). New York: Springer.
- Koss, M. E., Gidycz, C. A. & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 55, 162-170.
- Kosten, T. A., Anton, S. F. & Rounsaville, B. J. (1992). Ascertaining psychiatric diagnoses with the family history method in a substance abuse population. *Journal of Psychiatry Research*, 26, 135-147.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., Kosten, T. A. & Merikangas, K. R. (1991). Gender differences in the specificity of alcoholism transmission among the relatives of opioid addicts. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 392-400.
- Krampen, G. (1989). Motivation in the treatment of alcoholism. *Addictive Behaviors*, 14, 197-200.
- Kranzler, H.R. (2000). Pharmacotherapy of alcoholism: gaps in knowledge and opportunities for research. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 537-547.
- Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten-Nosslin, B., Trell, E. & Hood, B. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research* 7(2), 203-209.
- Kushner, M. G. & Sher, K. J. (1993). Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history of alcoholism. *Addictive Behaviors*, 18, 543-552.
- Langenbucher, J., Sulesund, D., Chung, T. & Morganstern, J. (1996). Illness severity and self-efficacy as course predictors of DSM-IV alcohol dependence in a multisite clinical sample. *Addictive Behaviors*, 21(5), 543-553.
- Larimer, M. E. & Cronce, J. M. (2002). Identification, prevention, and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 148-163.
- Larimer, M. E., Turner, A. P., Anderson, B. K., Fader, J. S., Kilmer, J. R., Palmer, R. S. & Cronce, J. M. (2001). Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 370-380.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine* 55(3), 234-247.
- Leibsohn, J. (1994). The relationship between drug and alcohol use and peer group associations of college freshmen as they transition from high school. *Journal of Drug and Education*, 24, 177-192.
- Leibsohn, M. T., Oetting, E. R. & Defenbacher, J. L. (1994). Effects of trait anger on alcohol consumption and consequences. *Journal of Child and Adolescence Substance Abuse*, 3(3), 17-32.
- Leichliter, J. S., Meilman, P. W., Presley, C. A. & Cashin, J. R. (1998). Alcohol use and related consequences among students with varying levels of involvement in college athletics. *Journal of American College Health*, 46, 257-267.
- Leigh, B. C. (1987). Beliefs about the effects of alcohol on self and others. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 467-475.
- Leigh, B. C. & Stacy, A. W. (1993). Alcohol outcome expectancies: Scale construction and predictive utility in higher order confirmatory models. *Psychological Assessment*, 5, 216-229.
- Lemere, F. (1987). Aversion treatment of alcoholism: Some reminiscences. *British Journal of Addiction*, 82(3), 257-258.
- Lindstrom, L. (1992). *Managing Alcoholism: Matching Clients to Treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Lit, M. D., Babor, T. F., Del Boca, F. K., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1992). Type of alcoholics II: application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49, 609-614.
- Litman, G. K. (1986). Alcohol survival: The prevention of relapse. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*. (pp. 391-405). New York: Plenum Press
- Longabaugh, R. (2003). Analyses of Project MATCH 3 year follow-up data. Datos no publicados. Brown University.
- Longabaugh, R., Miller, W.R. & Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Malloy, P., Beattie, M., Clifford, P.R. & Noel, N. (1994). Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 778-785.
- Longabaugh, R. & Wirtz, P.W. (2001). Substantive review and critique. En R. Longabaugh & P. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypothesis: Results and casual chain analysis* (NIH Publication No. 01-4238, pp. 305-325). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., DiClemente, C. & Litt, M. (1994). Issues in the development of client-treatment matching hypothesis. En D. Donovan & M. Mattson (Eds.), *Alcoholism Treatment Matching Research: Methodologic and clinical approaches. Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 12), 46-58.
- Lozano-Blanco, C., Sobell, L. C. & Velázquez, H. A. (2002). Dissemination of the guided self-change treatment program for alcohol abuse in health institutions in Mexico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 259-273.
- Lyons, L. C. & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
- MacDonald, R., Fleming, M. F. & Barry, K. L. (1991). Risk factors associated with alcohol abuse in college students. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 439-449.
- Mackay, P. W. & Donovan, D. M. (1991). Cognitive and behavioral approaches to alcohol abuse. En R. J. Frances & S. L. Miller (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. (pp. 452-481). New York: Guilford Press.
- Maddock, J. E. (1999). Statistical power and Effect Size in the Field of Health Psychology, *Ph.D. dissertation*, Kingston, RI: University of Rhode Island.
- Maggs, J. L. (1997). Alcohol use and binge drinking as goal-directed action during the transition to post secondary education. En J. Schulenberg., J. L. Maggs & K. Hurrelmann (Eds.), *Health Risks and Developmental Transitions during Adolescence*. (pp. 345-371). New York: Cambridge University Press.
- Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Marcello, R. J., Danish, S. J. & Stolberg, A. L. (1989). An evaluation of strategies developed to prevent substance abuse among student-athletes. *Sport Psychology*, 3, 196-211.
- Marlatt, G. A. (1996a). Harm reduction: come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 779-788.
- Marlatt, G. A. (1996b). Section 1: Theoretical perspectives on relapse. Taxonomy of high risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91(Suppl. S37-S49).
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive Behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- 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 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 604-615.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S. & Larimer, M. (1995). Preventing alcohol abuse in college students: A harm-reduction approach. En G. M. Boyd, J. Howard & R. A. Zucker (Eds.), *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research*, (pp. 147-172). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (1981). Alcoholism and drug dependence: Cognitive social learning factors in addictive behaviors. En W. E. Craighead., M. J. Mahoney & A. E. Kazdin (Eds.), *Behavior Modification: Principles, Issues, and Applications*, pp. 264-285. (2da. Ed.) Boston: Houghton Mifflin.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2da. Ed.). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior Change. En P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S. & Quigley, L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy*, 24, 461-504.
- Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.
- Martínez, .M. K. (2003). Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Tesis de Dcotorado*. Facultad de Psicología. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. .
- Martsh, C. T. & Miller, W. R. (1997). Extraversion predicts heavy drinking in college students. *Personality and Individual Differences*, 23, 153-155.

- Mattson, M. E. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145.
- Mattson, M. E. & Allen, J. E. (1991). Research on matching alcoholic patients to treatments: Findings, issues, and implications. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 33-49.
- Mattson, M. E., Allen, J. P., Longabaugh, R., Nickless, C. J., Connors, G. J. & Kadden, R. M., (1994). A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 12), 16-29.
- McCrary, B. S. (2000). Alcohol use disorders and the Division 12 Task Force of the American Psychological Association. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 267-276.
- McCrary, B. S. (1991). Promising but underutilized treatment approaches. *Alcohol Health and Research World*. 15(3), 215- 218,
- McKenna, T. & Pickens, R. (1981). Alcoholic Children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 1021-1029.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D. S. et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index: historical critique and normative data. *Journal of substance abuse treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Druley, K. A., (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of Psychiatry severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- McMahon, J. & Jones, B.T. (1993). Negative expectancy in motivation. *Addiction Research*, 1(2), 145-155.
- McMahon, J. & Jones, B.T. (1996). Post-treatment abstinence survivorship and motivation for recovery: The Predictive Validity of the Readiness to Change (RCQ) and Negative Alcohol Expectancy (NAEQ) Questionnaires. *Addiction Research*, 4(2), 161-176.
- Meacci, W.G. (1990). An evaluation of the effects of college alcohol education on the prevention of negative consequences. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35(3), 66-72.
- Medina-Mora, M. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En C. R. Tapia. *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*, (pp. 21-44). El Manual Moderno. México.
- Medina-Mora, M. E., Carreño, S. & Ortiz, A. (1997). *Model Program for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse among Workers and their Families. Results from the Research Component*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Medina-Mora, M. & Meriño, M. (1999). La Dependencia al Alcohol. Consideraciones sobre su etiología. En J.E. Velázquez. *El Alcohol y sus Enfermedades*. (pp. 55-77). JGH, Editores. México, D.F.
- Medina-Mora, M., Natera, G. y Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En *Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002*, (pp. 15-26). Consejo Nacional contra las Adicciones, México.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Cavrioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E. et al (2003). Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. En *Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003*, (pp. 49-61). Consejo Nacional contra las Adicciones, México.
- Meier, S. T. (1988). An explanatory study of a computer-assited alcohol education program. *Computer Human Services*, 3 (3-4), 111-121.
- Merry, J., Reynolds, C. M., Bailey, J. & Coppen, A., (1976). Prophylactic treatment of alcoholism by lithium carbonate. A controlled study, *Lancet*, 2, 481-482.
- Meyers, R. J., Dominguez, T. P. & Smith, J. E. (1996). Community reinforcement training with concerned others. En V. B. Van hasselt & M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders*. (pp. 257-294). New York: Plenum Press.
- Michaelec, E. M., Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Varney, S. M., Martin, R. A., Dey, A. N., Myers, M. G. & Sirota, A. D. (1996). Cocaine Negative Consequences Checklist: Development and validation. *Journal of Substance Abuse*, (2), 181-193.
- Miller, E. T. (1999). Preventing Alcohol Abuse and Alcohol-Related Negative Consequences among Freshman College Students: Using Emerging Computer Technology to Deliver and Evaluate the Effectiveness of Brief Intervention Efforts, Ph.D. dissertation, Seattle, WA: University of Washington.
- Miller, L. (1990). Neuropsychodynamics of alcoholism and addictions. Personality, psychopathology and cognitive styles. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(1), 3-49.
- Miller, P. M. & Mastria, M. (1977). *Alternatives to alcohol abuse*. Champaign, IL. Research Press.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.

- Miller, W. R., & Baca, L. M. (1983). Two year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N., Bien, T. H., Luckie, L. E., Montgomery, H. A., Hester, R. K. & Tonigan, J. S. (1995). What works?: A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd. ed.), (pp. 12-44). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R. & Caddy, G. R. (1977). Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 986-1003.
- Miller, W. R. & Dougher, M. J. (1984, Junio). Covert sensitization: Alternative treatment approaches for alcoholics. *Manuscrito presentado en el Segundo Congreso de la International Society for Biomedical Research on Alcoholism*, Santa Fe, NM.
- Miller, W. R., Gribskov, C. J. & Mortell, R. L. (1981). Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *International Journal of the Addictions*, 16(7), 1247-1254.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*, (pp. 11-141). Oxford: Pergamond Press.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986a). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*, 41(7), 794-805.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986b). Matching problem drinkers with optimal treatments. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Process of Change* (pp. 175-203). New York: Plenum Press.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986c). *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press.
- Miller, W. R. & Joyce, M. A. (1979). Prediction of abstinence controlled drinking, and heavy drinking outcomes following behavioral self-control training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 773-775.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Tinkom, M. & Rubenstein, J. (1986). Long term follow-up of controlled drinking therapies. *Manuscrito presentado en la reunion anual de la American Psychological Association*, Washington, DC.
- Miller, W. R. & Longabaugh, R. (2003). Summary and conclusions. En T. F. Babor & F. K. Del Boca (Eds.), *Treatment matching in alcoholism*. International research monographs in the addictions (pp. 207-221). New York, NY, US: Cambridge University Press, xvi, 275 pp.
- Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1984). *Brief Drinker Profile*. Odessa, EL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R. & Muñoz, R. E (1982). *How to control your drinking: A practical guide to responsible drinking*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Miller, W. R., Pechacek, T. F. & Hamburg, S. (1981). Group behavior therapy for problem drinkers. *International Journal of the Addictions*, 16, 827-837.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change* (2nd. Ed.). The Guilford Press. New York.
- Miller, W. R. & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. En G. Howard (Ed.). *Issues in alcohol use and misuse by young adults*, (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Miller, W. R. & Saucedo, C. F. (1983). Assessment of neuropsychological impairment and brain damage in problem drinkers. En C. J. Golden, J. A. Moses, Jr., J. A. Coffman, W. R. Miller & F. D. Strider (Eds.), *Clinical neuropsychology: Interface with neurologic and psychiatry disorders*, (pp. 141-195). New York: Grune & Stratton.
- Miller, W. R., & Sovereign, R. G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. En T. Loberg, W. R. Miller, E. E. Nathan & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention*, (pp. 219-231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G. & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's check-up as a preventive intervention. *Behavioral Psychotherapy*, 16, 251-268.
- Miller, W. R. & Taylor, C. A. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5(1), 13-24.

- Miller, W. R., Taylor, C. A. & West, J. C. (1980). Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(5), 90-601,
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) of Alcohol Abuse: Test Manual* (NIAAAA Project MATCH Monograph No. 4, DHHS Publication No. 95-3911). Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trails of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L. & Hettema, J. E. (2003). What Works? A Summary of Alcohol Treatment Outcome Research. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd. Ed.). (pp. 13-63). Allyn & Bacon, New York.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. & Cooney, N.L. (1989). *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide*. New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Gulliver, S. B. & Myers, M. G. (1994). Social skills training for alcoholics: Assessment and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 29(6), 627-637.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L. & Abrams, D. B. (2002). *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide*. (2da. ed.). New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. & Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, pp. 221-241. (2da. Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Mora-Ríos, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública de México. Vol 43*, No. 2. 89-96.
- Morey, L. C. & Skinner, H. A. (1986). Empirically derived classifications of alcohol-related problems. En M. Galanter (Ed.). *Recent developments in alcoholism*. (145-168). New York: Plenum Press,
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanism of action. *Addiction*, 95, 1475-1490.
- Moser, A. E. & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91(8), 1101-1114.
- Moskowitz, J. M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88.
- Mulder, R. T. (2002). Alcoholism and personality. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 44-52.
- Mundt, J. C., Perrine, M. W. & Searles, J. S. (1997). Individual differences in alcohol responsivity: Physiological, psychomotor and subjective response domains. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(2), 130-140.
- Murphy, J. G., Duchnick, J. J., Vuchinich, R. E., Davison, J. W., Karg, R. S., Olson, A.M. et al. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 373-379.
- Murphy, T. J., Pagano, R. R. & Marlatt, G. A. (1986). Lifestyle modification with heavy alcohol drinkers: Effects of aerobic exercise and meditation. *Addictive Behaviors*, 11, 175-186.
- Myers, M. G., Martin, R. A., Rohsenow, D. J. & Monti, P.M. (1996). The Relapse Situation Appraisal Questionnaire: Initial psychometric characteristics and validation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(4), 237-247.
- Nagoshi, C. T., Wood, M. D., Cote, C. C. & Abbit, S. M. (1994). College drinking game participation withing the context of other predictors of alcohol use and problems. *Psychology and Addiction Behavior*, 8, 203-213.
- Narro, R. J., Manuell, L. G. y Gutiérrez, A. J. (2001). Daños a la salud y consecuencias sociales por el consumo excesivo de alcohol. En R. Tapia Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*, (pp. 193-204). Manual Moderno, México.
- Natera, R. G., Borges, G., Medina-Mora, I. M., Solis, R. L. & Tiburcio, S. M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43, No.1. 17-25.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995a). *Assessing alcohol problems*. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services. Author.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2002). Call to action: changing the culture of drinking on U.S. campuses, Washington D.C.: Author (Report from the Task Force on College Drinking.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). Helping patients who drink too much: A clinician's guide. NIH Publication No. 05-3769. Bethesda, MD: The Institute.

- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2004). NIAAA Council Approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter* 3:3. Author.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995b). *The physician's guide to helping patients with alcohol problems*. NIH Publication No. 95-3769. Bethesda, MD: the Institute. Author.
- Neidigh, L. W., Gesten, E. L., & Shiffman, S. (1988). Coping with the temptation to drink. *Addictive Behaviors*, 13(1), 1-9.
- Newman, I. M., Crawford, J. K. & Nellis, M. J. (1991). The role and function of drinking games in an university community. *Journal of American College and Health*, 39, 171-175.
- Norris, J., Nurius, E. S. & Dimeff, L. A. (1996). Through her eyes: Perception of and resistance to acquaintance. *Psychology of Women Quarterly*, 20(1), 123-145.
- O'Hare, T. (1997). Measuring excessive alcohol use in college drinking contexts: The Drinking Context Scale. *Addictive Behaviors*, 22, 469-477.
- O'Hare, I. M. (1990). Drinking in college: Consumption patterns, problems, sex differences and legal drinking age. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(6), 536-541.
- O'Leary, M. R., Donovan, D. M., Chaney, E. F. & Walker, D. (1979). Cognitive impairment and treatment outcome with alcoholics: Preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 397-398.
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. Chichester, England: Wiley.
- Orford, J. & Edwards, G. (1977). Alcoholism: A comparison of treatment and advice, with a study of influence of marriage (*Maudsley Monographs No. 26*). New York: Oxford University Press.
- Orford, J., Oppenheimer, E. & Edwards, G. (1976a). Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 409-418.
- Orford, J., Oppenheimer, E., Egert, S., Hensman, C., & Guthrie, S. (1976b). The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on treatment outcome. *British Journal of Psychiatry*, 128, 318-339.
- Ortiz, H. M. (1998). The influence of family history, social support, and socioeconomic status as predictors of treatment completion, *Doctoral Dissertation*, Miami Institute of Psychology of The Caribbean Center for Advanced Studies. 86 pages.
- Patock-Peckham, J. A., Hutchinson, G. T., Cheong, J. & Nagoshi, C. T. (1998). Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. *Drug Alcohol Dependence*, 49, 81-88.
- Pattison, E. & Mansell. (1977). Ten years of change in alcoholism treatment and delivery systems. *American Journal of Psychiatry*, 134 (3), 26 1-266.
- Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (Eds.). (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer.
- Penick, E. C., Powell, B. J., Bingham, S. F., Liskow, B. I., Miller., N.S., Read, M. R. (1987). A comparative study of familial alcoholism. *Journal of studies on alcohol*, 48 (2), 136-146.
- Perkins, H. W. (1994). The contextual effect of secular norms on religiosity as moderator of student alcohol and other drug use. *Research of Social Science Studies and Religion*, 6, 187-208.
- Perkins, H. W. (1999). Stress-motivated drinking in collegiate and post collegiate young adulthood: Life course and gender patterns. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 219-227.
- Perkins, W. H. (2002) Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 91-100.
- Perkins, H. W. & Berkowitz, A. D. (1991). Collegiate COAs and alcohol abuse: Problem drinking in relation to assessments of parent and grandparent alcoholism. *Journal of Counselling and Development*, 69, 237-240.
- Perkins, H. W. & Berkowitz, A. D. (1986). Perceiving the community norms of alcohol use among students: Some research implications for campus alcohol education programming. *International Journal of Addiction*. 21, 961-976.
- Perkins, H. W., Meilman, P. W., Leichter, J. S., Cashin, J. R. & Presley, C.A. (1999). Misperceptions of the norms for the frequency of alcohol and other drug use on college campuses. *Journal of American College Health*, 47, 253-258.
- Perkins, H. W. & Wechsler (1996). Variations in perceived college drinking norms and its impact on alcohol abuse: A nationwide study. *Journal of Drug Issues*, 26, 961-974.
- Petersen, A. C. (1993). Presidential address: Creating adolescents: The role of context and process in developmental trajectories. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 1-18.
- Pezza, P. E. & Bellotti, A. (1995). College campus violence origins, impacts, and responses. *Educational Psychological Review*, 7, 105-123.
- Phillips, E. L. & Weiner, D. N. (1966). *Short-Term Psychotherapy and Structured Behavior Change*. New York: McGraw-Hill.

- Pickens, R. W., Preston, K. L., Miles, D. R., Gupman, E. O., et al. (2001). Family history influence on drug abuse severity and treatment outcome, *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 261-270.
- Polich, J. M., Armor, D. J. & Braiker, H. B. (1981). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: Wiley.
- Poulson, R. L., Eppler, M. A., Satterwhite, T. N., Wuensch, K. L. & Bass, L. A. (1998). Alcohol consumption, strength, and religious beliefs, and risky sexual behavior in college students. *Journal of American College Health*, 46, 227-232.
- Prentice, D. A. & Miller, D. T. (1996). Pluralistic ignorance and the perpetuation of social norms by unwitting actors. *Advance on Experimental and Social Psychology*, 28, 161-209.
- Presley, C. A., Meilman, P. W. & Cashin, J. R. (1996). *Alcohol and drugs on American college campuses: Use, consequences and perceptions of the campus environment*, Vol. IV: 1992-1994. Carbondale, IL, Core Institute, Southern Illinois University.
- Presley, C. A., Meilman, P. W. & Leichter, J. S. (2002). College Factors That Influence Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 82-90.
- Presley, C. A., Meilman, P. W. & Lyerla, R. (1995). *Alcohol and drugs on American college campuses: Vol. 2. Use, consequences, and perceptions of the campus environment*. Carbondale: Southern Illinois University.
- Presley, C. A., Meilman, P. W. & Lyerla, R. (1994). Development of the Core Alcohol and Drug Survey: initial findings and future directions. *Journal of American College Health*, 42(6), 248-255.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the Traditional Boundaries of Change*. Homewood, Dow Jones/Irwing.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*, (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*, New York, Wilson Morrow and Cia.
- Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas, En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136), Sitges, Ediciones Neurociencias.
- Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Project MATCH Research Group. (1997b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Tests of the Projects MATCH secondary a priori hypothesis. *Addiction*, 92, 1671-1698.
- Pullen, L. M. (1994). The relationships among alcohol abuse in collage students and selected psychological/demographic variables. *Journal of Alcohol Drug Education*, 40(1), 36-50.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003a). Cuestionario del Árbol Familiar (CAF) Evaluación de la Historia Familiar de Problemas de Alcohol. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003b). Cuestionario para Detectar Abuso y Dependencia al Alcohol (CAGE). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Ewing, J. (1984). The CAGE questions. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003c). Cuestionario para Detectar Problemas de Alcohol (TWEAK). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y Adaptado al español del original en lengua inglesa de Russel, M. (1994). *New assessment tools for Drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others*. Alcohol Health and Research World, 18, 55-61.
- Quiroga, A. H. (2003d). Entrevista de Seguimiento del Colateral (ESC). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003e). Entrevista de Seguimiento del Usuario (ESU). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003f). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Abuso y Dependencia al Alcohol (SCID-VA). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa

- de Conductas Adictivas. México, D.F. Versión Extractada y adaptada de la Edición española traducida por Blanch, A.J (1999) Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I), Módulo E. Trastornos por Consumo de Alcohol, (pp. 53-57), Cuaderno de Aplicación, Módulo E, Trastornos por Consumo de Alcohol (pp. 40-42), Cuaderno de Puntuaciones), y Guía del Usuario (pp. 4-16 y 41-44). Masson, S.A. Barcelona, España.
- Quiroga, A. H. (2003g). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para Seleccionar y Derivar a Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol a los Tratamientos Específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003h). Forma de Consentimiento Informado del Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve. (FCI-DIBAEU). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003i). Forma de Consentimiento Informado del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas sustanciales o severos de Alcohol (FCI-PEREU). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003j). Forma de Consentimiento Informado del Programa de Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (FCI-TAGEU). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003k). Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del Programa Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (FCIE-DIBAEU). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003l). Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas sustanciales o severos de Alcohol (FCI-PEREU). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2003m). Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del Programa de Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (FCIE-TAGEU). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003n). Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2000). *Alcohol Timeline Followback (TLFB)*. En American Psychiatric Association (ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003o). Prueba para la Identificación de Trastornos en el Consumo de Alcohol (AUDIT-C). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeil, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Nelly, M. E., & Conigliaro, J. (2001). Three questions can detect hazardous drinkers. *Journal of Family Practice*, 50, 313-320.
- Quiroga, A. H. (2003p). Un Modelo Cognitivo-Conductual y Motivacional para la Atención Escalonada de Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol. *Proyecto de Investigación Doctoral*. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003a). Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU). Un Enfoque de Reducción del Daño. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guildford Press.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003b). Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR).

- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de White, H. R. & Labouvie, E. W. (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (2004). DIBAEU: *Detección e Intervención Breve de alcohol para Estudiantes Universitario con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve: Resultados preliminares*. Manuscrito no cubicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Mata, M. A. (2001). Efectividad de un programa psicológico en el tratamiento de conductas adictivas de estudiantes y trabajadores universitarios. En *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 18, No. 1.
- Quiroga, A. H., Mata, M. A. y Ayala, R. A. (2002). Efectividad de un Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual para Conductas Adictivas en Población Universitaria. En *Revista Mexicana de Psicología, Número Especial*, Pág. 23.
- Quiroga, A. H., Mata, M. A. y Ayala, R. A. (2003a, Mayo). Evaluation of a Cognitive Behavioral Program for Addictive Behaviors in a University population in México City. *Manuscrito presentado en la 29 reunión anual de la Association for Behavior Analysis*, San Francisco, CA, EE. UU.
- Quiroga, A. H., Mata, M. A. y Ayala, R. A. (2003b, Octubre). Un Modelo Cognitivo-Conductual para el Tratamiento de Conductas Adictivas en Universitarios. *Manuscrito presentado en el XI Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología*, celebrado en la Ciudad de Campeche, México.
- Quiroga, A. H., Mata, M. A. y Montes C. V. (2004, Noviembre). Un Modelo Cognitivo Conductual de Amplio Espectro para el Tratamiento de Estudiantes y Trabajadores Universitarios Adictos al Alcohol, Tabaco y Otras Drogas. *Manuscrito presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud (APICSA)*. México, D.F., México.
- Quiroga, A. H., Mata, M.A. y Montes, C.V. (2005, Junio). A “Stepped-Care Broad Spectrum Cognitive Behavioral Treatment Program for Addictive Behaviors in University Population”. *Sesión Cartel presentada en la 31 reunión anual de la Association for Behavior Analysis*. Chicago, Ill. EE.UU.
- Quiroga, A. H., Mata, M. A. y Sánchez, M. R. (1989). Programa de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios. *Protocolo de investigación y manual de organización y procedimientos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Quiroga, A. H., Mata, M. A., Zepeda, V. H., Cabrera, A. T., Herrera, R. G., Reidl, M. L. et al. (2003c). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios. En *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*, (pp. 85-89). SSA, CONADIC, México.
- Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (2004). *TAGEU: Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada: Resultados preliminares*. Manuscrito no publicado. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (Trads.) (2003). *Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU)*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment*. The Guilford Press New York. London.
- Quiroga, A. H. y Sánchez, M. R. (1994, marzo). Un Modelo Conductual Multimodal para el Tratamiento de Conductas Adictivas en Estudiantes y Trabajadores Universitarios. *Manuscrito presentado en el Primer Simposio Metropolitano de Psicología Aplicada*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas y Ambientes Terapéuticos. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Sánchez, M. R. (1995). Un modelo conductual multimodal para el tratamiento de conductas adictivas en estudiantes y trabajadores universitarios. En B. Reynaud y J. Sánchez Sosa (comp.) *La Psicología Aplicada en México*, (pp. 71-87). Edit. UNAM. México.
- Quiroga, A. H., Sánchez, M. R. y Barrera, V. M. (1990, Noviembre). Programa de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas en estudiantes y trabajadores universitarios. *Documento presentado en el "Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud"*, celebrado en el Hospital General de México, bajo los auspicios del Hospital General de México y la Facultad de Psicología de la UNAM. México.
- Quiroga, A. H., Sánchez, M. R. y Mata, M. A. (1996). Modelo conductual multimodal para el tratamiento de procesos adictivos: Resultados 1995. En *Memorias de la Sesión Científica de Resultados de la Investigación Clínica Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila*.

- Quiroga, A. H., Sánchez-Sosa, J., Medina-Mora, I. M. & Aparicio, N. C. (2006, mayo). "A Stepped Care Cognitive-Behavioral Motivational Model for the Treatment of College Students with Alcohol Problems". *Sesión cartel presentada en la 32 reunión anual de la Association for Behavior Analysis*, celebrada en la Ciudad de Atlanta, GA, EE. UU.
- Quiroga, A. H., Sánchez, S. J., Medina-Mora, M. I. & Aparicio, N. C. (2006, Noviembre). "Development of a Stepped-Care Cognitive-Behavioral Motivational Model for the Treatment of College Students with Alcohol Problems". *Sesión cartel presentada en la 40th reunión anual de la Association for Behavioral and Cognitive Behavior Therapies*, celebrada del 16 al 19 de Noviembre en la Ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos de América.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003a). *Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoerber, R., & Annis, H. M. (1995). The Commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties. Manuscript in preparation.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003b). *Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD-A-50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*. (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá, 1996.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003c). *Cuestionario de Consumo de Alcohol (Escala de Dependencia al Alcohol-EDA)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner, H. A., Horn, J. L., Wanberg, K., & Fester, F. M. (1984) *Alcohol Use Questionnaire (Alcohol Dependence Scale ADS)*. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003d). *Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M. Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Client Satisfaction Questionnaire. En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 94-97), Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003e). *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas -Alcohol (ISCD-A-50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M. & G. Martin (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 28-36), Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (2004). *PEREU: Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de dependencia sustancial o severa al alcohol: Resultados preliminares*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003f). *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y Otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 1-210). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.
- Randall, C. I., Del Boca, F. K., Mattson, M. E., Rychtarik, R., Cooney, N. L., Donovan, D. M. et al. (2003). Primary treatment outcome and matching effects: Aftercare arm. En T. F. Babor & F. K. Del Boca, *Treatment Matching in Alcoholism*, (pp. 135-149). Cambridge University Press.
- Ratliff, K. G & Burkchart, B. R. (1984). Sex differences in motivation for and effects of drinking among college students. *Journal of Studies of Alcohol*, 45, 26-32.

- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J. & Ling, W. (2005). *The matrix model of intensive outpatient alcohol and drug treatment. A 16 week individualized program*. Center City, MN: Hazelden.
- Reich, J. W. & Gutiérrez, S. E. (1987). Life event and treatment attributions in drug abuse and rehabilitation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 131(2), 73-94.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. & Baer, J. (2000). Interactive multimedia preventive alcohol education: A technology application in higher education. *Journal of Drug Education*, 30, 399-421.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making as an indication of organic brain damage. *Perceptual Motor Skills*, 8, 271-276.
- Reitan, R. M. & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation*, (2a. Ed.). Tucson: Neuropsychology Press.
- Riley, D. (1994). *The harm reduction model: Pragmatic approaches to drug use from the area between intolerance and neglect*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Roberts, L. J., Neal, D. J., Kivlahan, D. R., Baer, J. S. & Marlatt, G. A. (2000). Individual drinking changes following a brief intervention among college students: clinical significance in an indicated prevention context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 500-505.
- Robins, L., Helzer, J., Cottler, L., Goldring, E. (1989). *MINH Diagnostic Interview Schedule, Version III Revised*.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Rodney, H. E. & Rodney, L. (1996). An exploratory study of African American collegiate adult children of alcoholics. *Journal of American College Health*, 44, 267-272.
- Rohsenow, D. J., Smith, R. E. & Johnson, S. (1985). Stress management training as a prevention program for heavy social drinkers: Cognitions, affect, drinking, and individual differences. *Addictive Behavior*, 10, 45-54.
- Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. (1995). Cue exposure treatment in alcohol dependence. En D. C. Drummond, S. T. Tiffany, S. Glautier & R. Remington (Eds.), *Addictive Behaviour: Cue Exposure Theory and Practice*. (pp. 169-196). Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Zwick, W. R., Nirenberg, T. D., Liepman, M. R., Binkoff, J. A. & Abrams, D. B. (1989). Irrational beliefs, urges to drink and drinking among alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(5), 461-464.
- Rohsenow, D.J., Niaura, R.S., Childress, A.R., Abrams, D.B. & Monti, P.M. (1991). Cue reactivity in addictive behaviors: Theoretical and treatment implications. *International Journal of the Addictions*, 25(7A-8A), 957-993.
- Rollnick, S., Heather, N. & Bell, A. (1992). Negotiating behavior change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-39.
- Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Romach, M. K. & Sellers, E. M. (1998). Alcohol dependence: Women, biology, and pharmacotherapy. En E. F. McCance-Katz & T. R. Kosten (Eds.), *New Treatments for Chemical Addictions*. (pp. 35-73). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rosenberg, S. D. (1979). Relaxation training and a differential assessment of alcoholism. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, San Diego. (University Microfilms No. 8004362).
- Rosenbluth, J., Nathan, P. E. & Lawson, D.M. (1978). Environmental influences on drinking by college students in a college pub: Behavioral observation in the natural environment. *Addictive Behaviors*, 3, 117-121.
- Ross, H. E., Gavin, D. R. & Skinner, H.A. (1990). Diagnostic validity of the MAST and the Alcohol dependence scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 51.
- Rotgers, F. (1996). Behavioral theory of substance abuse treatment: Bringing science to bear on practice. En F. Rotgers., D. S. Keller & J. Morgenstern (Eds.), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*, (pp. 174-201). New York: Guilford Press.
- Rotgers, F. & Davis, A. B. (2006). *Treating alcohol problems*. John Willey & Sons, IN. Hoboken, New Jersey.
- Rounds-Bryant, J. L., Flynn, P.M. & Craighead, L. W. (1997). Relationship between self-efficacy perceptions and in-treatment drug use among regular cocaine users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(3), 383-395.
- Roush, K. L. & Deblasse, R. R. (1989). Structured group counselling for college students of alcoholic parents. *Journal of College Studies and Development*, 30, 276-277.
- Russell, M. (1994). New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health and Research World*, 18, 55-61.

- Saffer, H. (2002). Alcohol advertising and youth. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 173-181.
- Saltz, R., & Elandt, D. (1986). College student drinking studies 1976-1985. *Contemporary Drug Problems*, 13, 17-159.
- Sammon, P., Smith, T., Cooper, T. & Furnish, G. (1991). On campus talking about alcohol and drugs (OCTAA). *Journal of Dental Education*, 55, 30-31.
- Sanchez-Craig, M. (1995). *Drink Wise: How To Quit Drinking or Cut Down*. Toronto, ON: Addiction Research Foundation.
- Sanchez-Craig, M. (1986). How much is too much? Estimates of hazardous drinking based on clients' self-reports. *British Journal of Addiction*, 81, 251-256.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R. & MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390-403.
- Sanchez-Craig, M. & Lei, H. (1986). Disadvantages to imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction*, 81(4), 505-512.
- Sanchez-Craig, M., Leigh, G., Spivak, K. & Lei, H. (1989). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *British Journal of Addiction*, 84, 395-404.
- Sánchez-Craig, M., Neumann, B., Souzaformigoni, M. & Rieck, L. (1991). Brief treatment for alcohol dependence: Level of dependence and treatment outcome. *Alcohol and alcoholism*, 51, 515-518.
- Sanchez-Craig, M., Spivak, K. & Davila (1991). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects. *British Journal of Addictions*, 86, 867-876.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schall, M., Kemeny, A., & Maltzman, I. (1991). Drinking by university dormitory residents: Its prediction and amelioration. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 36(3), 75-86.
- Schnike, S., Brounstein, P. & Gardner, S. (2002). *Science-based prevention programs and principles*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Schober, R. & Annis, H. M. (1995). *The commitment to change algorithm for alcohol (CCA-A): Psychometric properties*. Manuscrito en preparación.
- Schuckit, M. A. (1994a). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence, *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 5-17.
- Schuckit, M. A. (1998). Biological, psychological and environmental predictors of the alcoholism risk: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(5), 485-494.
- Schuckit, M. A. (1994b). Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), 184-189.
- Schuckit, M. A. (1984). Subjective responses to alcohol in sons of alcoholics and controls. *Archives of General Psychiatry*, 41, 879-884.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Kalmijn, J., Tsuang, J., Hesselbrock, V., & Bucholz, K. (2000). Response to alcohol in daughters of alcoholics: A pilot study and a comparison with sons of alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 35(3), 242-248.
- Schuckit, M. A. & Smith, T. L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, 202-210.
- Searles, J.S. & Alterman, A.I. (1994). Environmental differences in young men with and without a family history of alcoholism. En T. F. Babor, V. Hesselbrock, R. F. Meyer & W. Shoemaker (Eds.), Types of alcoholics. Evidence from clinical, experimental and genetic research. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 708, 147-156.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Encuesta Nacional de Adicciones 1998* (ENA-1998). México.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002* (ENA-2002). México.
- Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México.
- Segal, D. L., Hersen, M., Van Hasselt, V. B. (1993). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comparative Psychiatry*, 35, 316-327.
- Segal, D. L., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., et al. (1993). Reliability of diagnoses in older psychiatric patients using the structured clinical interview for DSM-III-R. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 347-356.
- Segal, D. L., Kabacoff, R. I., Hersen, M., et al. (1995). Update on the reliability of diagnoses in older

- psychiatric patients using the structured clinical interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 313-321.
- Senchak, M., Leonard, K. E. & Greene, B. W. (1998). Alcohol use among collage students as a function of their typical social drinking context. *Psychology of Addictive Behavior*, 12, 62-70.
- Sher, K. J. (1994). Individual-level risk factors. En R. Zucker, G. Boyd & J. Howard (Eds.), *The development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risks* (NIAAA Research Monograph No. 26. pp. 77-108). Rockville, M. D: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D. & Nanda, S. (2001). Short- and long-term effects of fraternity and sorority membership on heavy drinking: A social norms perspectiva. *Psychology and Addiction Behavior*, 15, 42-51.
- Sher, K. J. & Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: Alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 92-102.
- Sher, K. J., Trull, T. J., Bartholow, B. D. & Veith, A. (1999). Personality and alcoholism: Issues, methods, and etiological processes. En K. E. Leonard & H. T. Blane (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, (pp. 54-105) (2nd. Ed.). New York: Guilford Press.
- Sher, K. J., Wood, M. D., Wood, P.K. & Raskin, G. (1996). Alcohol outcome expectancies and alcohol use: A latent variable cross-lagged panel study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 561-574.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. En M. Gossop (Ed.), *Relapse and Addictive Behaviour*. (pp. 149-179). London: Tavistock/Routledge.
- Shiffman, S. (1987). Maintenance and relapse: Coping with temptation. En T. D. Nirenberg & S. A. Maisto. (Eds.), *Developments in the Assessment and Treatment of Addictive Behaviors*. (pp. 353-385). Norwood, NJ: Ablex Publishing.
- Schroeder, C. M. & Prentice, D. A. (1998). Exposing pluralistic ignorance to reduce alcohol use among college students. *Journal of Applied and Social Psychology*, 28, 2150-2180.
- Shulenberg, J. E. & Maggs, J. L. (2002). A developmental Perspective on Alcohol Use and Heavy Drinking during Adolescence and the Transition to Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 54-70.
- Shulenberg, J., Maggs, J. L., Long, S. W., Sher, K. J., Gotham, H. J., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Marlatt, G. A. & Zucker, R. A. (2001). The problem of college drinking: Insights from a developmental perspective. *ALCSA. Clinical and Experimental Research*, 25, 473-477.
- Shulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. & Johnston, L. D. (2000). Spread your wings and fly: The course of well-being and substance use during the transition to young adulthood. En L. J. Crockett & R. K. Silbereisen (Eds.), *Negotiating Adolescence in Times of Social Change*. (pp. 224-255). New York: Cambridge Univ. Press.
- Sitharthan, T., Kavanagh, D. J. & Sayer, G. (1996). Moderating drinking by correspondence: An evaluation of a new method of intervention. *Addiction*, 91(3), 345-355.
- Sitharthan, T., Sitharthan, G., Hough, M. J. & Kavanagh, D.J. (1997). Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 878-882.
- Skinner, H. A. & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199-209.
- Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS) users guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Skinner, H. A., Horn, J. L., Wanberg, K. & Faster, F. M. (1984). *Alcohol Use Questionnaire (Alcohol Dependence Scale- ADS)*. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario Canada.
- Sklar, S. M., Annis, H. M. & Turner, N. E. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22(5), 655-670.
- Smart, R. G. (1978). Characteristics of alcoholics who drink socially after treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2, 49-52.
- Smith, J. W. & Frawley, P.J. (1993). Treatment outcome of 600 chemically dependent patients treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and Pentothal interviews. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(4), 359-369.
- Smith, G. T. & Goldman, M. S. (1995). Alcohol expectancy theory and the identification of high risk adolescents. En G. M. Boyd, J. Howard & R. A. Zucker (Eds.), *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research* (pp. 85-104): Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, C. A., Haynes, K. N., Lazarus, R. S. & Pope, L. K. (1993). In search of the "hot" cognitions: Attributions, appraisals, and their relation to emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 916-929.
- Smith, J. E., Meyers, R.S. & Delaney, H. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548.

- Sobell, L. C. (2001). Motivational interventions for problem drinkers. En H. A. Velázquez y L. E. San Vicente (comp.). *Tratamiento de Conductas Adictivas*. (pp. 67-80). Facultad de Psicología UNAM.
- Sobell, M. B., Breslin, F. C. & Sobell, L. C. (1998). Project MATCH: The time has come...to talk of many things. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 124-125.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (Ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2003b). *Family Tree Questionnaire FTQ). Assessment of Family History of Alcohol Problems*. Nova Southeastern University, Center for Psychological Studies, Guided Self Change Clinic, Fort Lauderdale, Florida.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2005). Guided Self-Change Model of Treatment for Substance Use Disorders, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 199-210.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993a). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993b). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En J. S. Baer, G. A. Marlatt & R. J. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the lifespan: Prevention, treatment, and policy issues*, (pp. 138-157). Beverly Hills, CA: Sage.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1999a). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En J. A. Tucker., D. A. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 331-343). New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2000). Stepped Care as a Heuristic Approach to the Treatment of Alcohol Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68. No. 4, 573-579.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2003a) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1992c). Timeline Follow-back: A technique for assessing self-report ethanol Consumption. En R. Z. Litten & J. P. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*, (pp. 41-72). (Totowa, New Jersey, Human Press).
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Brown, J. & Cleland, P. A. (1995, Noviembre). A randomized trial comparing group versus individual Guided Self-Change treatment for alcohol and drug abusers. *Manuscrito presentado en la 29th reunión anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy*, Washington, DC.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C. & Gavin, D. R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of Success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D. & Basian, E. (1986). The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, Vol. 11, 149-161.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C. & Leo, G. I. (2000). Does enhanced social support improve outcomes for problem drinkers in guided self-change treatment? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(1), 41-54.
- Sobell, L. C., Sobell, M.B., Leo, G.I., Agrawal, S., Johnson-Young, L. & Cunningham, J.A., (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 936-948.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Nirenberg, T. D. (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with an emphasis on clinical application. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 19-54.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, W. R. Miller & J. Greely (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 198-242). New York: Maxwell MacMillan.
- Sobell, L. C., Toneatto, T. & Sobell, M. B. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy*, 25(4), 533-580.
- Solomon, K. E. & Annis, H. M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85(5), 659-665.
- Spear, L. (2000). Modeling adolescent development and alcohol use in animals. *Alcohol Health Research in the World*, 24, 115-123.
- Spear, L. P. (2002). The Adolescent Brain and the College Drinker: Biological basis of propensity to use and misuse of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 71-81.

- Stephens, R. S., Curtin, L., Simpson, E. E. & Roffman, R. A. (1994). Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation. *Addictive Behaviors*, 19(1), 23-32.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282-298.
- Strakowsky, S. M., Keck, P.E., McElroy, S.L., et al. (1995). Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Comparative Psychiatry*, 36, 106-112.
- Strakowsky, S. M., Tohen, M., Stoll, A. L., et al. (1993). Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 150, 752-757.
- Straus, R. & Bacon, S. D. (1953). *Drinking in college*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Strumf, L. & Hingson, R. (1992). Alcohol, drugs, and adolescent sexual behavior. *International Journal of the Addictions*, 27(2), 129-146.
- Stukenberg, K. W., Dura, J. R. & Kiekolt-Glaser, J. K. (1990). Depression screening scale validation in an elderly, community-dwelling population. *Psychological Assessment*, 2, 134-138.
- Tapert, S. F. & Brown, S. A. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: Four-year outcomes. *Journal of International Neuropsychological and Society*, 5, 481-493.
- Tapia, C. R., Medina-Mora, M. E. & Cavrioto, Q.P. (2001). Epidemiología del consumo de alcohol. En R.Tapia Conyer (Ed.), *Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*, (pp. 127-138), Edit. El Manual Moderno, Mexico.
- Tarter, R.E. & Vanyukov, M. (1994). Alcoholism: a developmental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1096-1107.
- Taylor & Francis (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from project MATCH. *Journal of Mental Health* (UK), Vol. 7(6), 589-602.
- Thombs, D. L. & Beck, K. H. (1994). The social context of four adolescent drinking patterns. *Health Education and Research*, 9, 13-22.
- Thombs, D. L., Beck, K. H. & Pleace, D. J. (1993). The relationship of social context and expectancy factors to alcohol use intensity among 18 to 22 year-olds. *Addiction Research*, 1, 59-68.
- Thombs, D. L., Wolcott, B. J. & Farkash, L. G. E. (1997). Social context, perceived norms and drinking behavior in young people. *Journal of Substance Abuse*, 9, 257-267.
- Thompson, M. L. (1996). A review of Prevention Research Institute Programs (*A report to the Division for Substance Abuse Kentucky Cabinet for Human Resources*), Richmond, KY: Eastern Kentucky University, September.
- Toomey, T. L. & Wagenaar, A. C. (2002). Environmental policies to reduce college drinking: Options and research findings. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 193-205.
- Turrisi, R., Jaccard, J., Taki, R., Dunnam, H. & Grimes, J. (2001). Examination of the short-term efficacy of a parent intervention to reduce college student drinking tendencies. *Psychology and Addictive Behavior*, 15, 366-372.
- Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría Administrativa. Dirección General de Servicios Médicos, Examen Médico Automatizado para Estudiantes Generación 2005 (EMA-2005). México.
- Vaillant, G. E. (1983). Natural history of male alcoholism: V. Is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? *British Journal of Addiction*, 78(3), 317-326.
- Vaillant, G. E. (1995). Sometimes glory means the emperor has no clothes. En Commentaries on Kahler's et al paper. Loss of control and inability to abstain: The measurement of and the relationship between two constructs in male alcoholics. *Addiction*, 90, 1037-1051.
- Valliant, P.M. & Scanlan, P. (1996). Personality, living arrangement, and alcohol use by first year university students. *Social Behavior Perspectives*, 24, 151-156.
- Van Bilsen, H. & Whitehead, B. (1994). Learning controlled drug use: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 87-95.
- Vannicelli, M., Gingerish, S. & Ryback, R. (1983). Family problems related to the treatment and outcome of alcoholic patients. *British Journal of Addiction*, 78, 193-204.
- Vogel-Sprott, M. D., Chipperfield, B. & Hart, D. M. (1985). Family history of problem drinking among young male social drinkers: reliability of the family tree questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 16, 251-256.
- Vogler, R. E., Crompton, J. V. & Weissbach, T. A. (1975). Intergraded behavior change techniques for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 233-243.
- Vogler, R. E., Weissbach, T. A., Crompton, J. V. & Martin, G. T. (1977). Intergraded behavior change techniques for problem drinkers in the community. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 267-279.
- Volicer, B., Volicer, L. & D'Angelo, E. J. (1983). Variations in length of time to development of alcoholism by family history problem drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 12, 69-83.
- Wagner, G. S. & Nixon, S. J. (1991). Applications of Cloninger's subtypes in a female alcoholic sample.

- Alcohol and Clinical Experimental Research*, 15, 851-857.
- Wallace, E., Cutler, S. & Haines, A. (1988). Randomized controlled trial of general practitioner interventions in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 297, 663-668.
- Walters, S.T. (2000). In praise of feedback: An effective intervention for college students who are heavy drinkers. *Journal of American College and Health*, 48, 235-238.
- Walters, S. T., Bennett, M. E. & Miller, J. H. (2000). Reducing alcohol use in college students: A controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education*, 30, 361-372.
- Walters, S. T., Martin, J. E. & Noto, J. (1999, junio). A controlled trial of two feed back-based interventions for heavy drinking college students. Sesión cartel presentado en la reunión anual de la *research society on Alcoholism*, Santa Barbara, California.
- Walters, S., Bennett, M. E. & Noto, J. V. (2000). Drinking on campus: what do we know about reducing alcohol use among college students? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 223-228.
- Walton, M. A., Castro, F. G. & Barrington, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19(3), 319-331.
- Waltzer, K. S. & Sher, K. J. (1996). A prospective study of self-esteem and alcohol use disorders in early adulthood: Evidence for gender differences. *Alcoholism and Clinical Experimental Research*, 20, 1118-1124.
- Washton, A. M. (2002). Outpatient groups at different stages of substance abuse treatment: preparation, initial abstinence, and relapse prevention. En D. W. Brook & H. L. Spitz (Eds.), *The group therapy of substance abuse*. New York: Haworth Medical Publishing.
- Wechsler, H. & Austin, S. B. (1998). Binge drinking: The five/four measure (letter). *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 122-123.
- Wechsler, H., Davenport, A. E., Dowdall, G. W., Grossman, S. J. & Zanakos, S. J. (1997). Binge drinking, tobacco, and illicit drug use and involvement in college athletics: A survey of students at 140 American colleges. *Journal of American College Health*, 45, 195-200.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G. & Moeykens, B. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672-1677.
- Wechsler, Dowdall, G. W., Davenport, A. & Castillo, S. (1995c). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85, 921-926.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. & Rimm, E. B. (1995a). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85, 982-985.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. & Lee, H. (1998). Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997. Results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Survey. *Journal of American College Health*, 47, 57-68.
- Wechsler, H. & Rohman, M. (1981). Extensive users of alcohol among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 150-155.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M. & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 48, 199-210.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M. et al. (2002). Trends in collage binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1983-2001. *Journal of American College Health*, 50, 203-217.
- Wechsler, H., Moeykens, B., Davenport, A., Castillo, S. & Hansen, J. (1995b). The adverse impact of heavy episodic drinkers on other college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 628-634.
- Wechsler, H., Molnar, B. E., Davenport, A. E. & Baer, J. S. (1999). College alcohol use: A full or empty glass? *Journal of American College Health*, 47, 247-252.
- Werner, M. J., Walker, L. S. & Greene, J. W. (1995). Relation of alcohol expectancies to changes in problem drinking among college students. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 149, 733-739.
- White, H. R. & Labouvie, E. W (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.
- Wills, T. A. & Hirky, A. E. (1966). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. (pp. 279-302). New York: John Wiley and Sons.
- Windle, M. (1994). Coexisting problems and alcoholic family risk among adolescents. En T. F. Babor., V. Hassel Brock., R. E. Meyer & W. Shoemaker (Eds.), *Annals New York Academy of Sciences*, 708, 157-164.
- Winokur, G., Reich, T., Rimmer, I. & Pitts, F. (1970). Alcoholism. III. Diagnosis and familial psychiatric

- illness in 259 alcoholic probands. *Archives of General Psychiatry*, 23, 104-111.
- Wood, M. D., Nagoshi, C. T. & Dennis, D. A. (1992). Alcohol norms and expectations as predictors of alcohol use and problems in a college student sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18, 461-476.
- Wood, M. D., Vinson, D. C. & Sher, K. J. (2001). Alcohol use and misuse. En A. Baum., T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. (pp. 281-318). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- World Health Organization. (1996). WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief intervention with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86, 948-955. Author.:
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001-Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Author.:
- Yoshino, A. & Kato, M. (1998). Prediction of 3-year outcome of treated alcoholics by an empirically derived multivariate typology. *American Journal of Psychiatry*, 152, 829-830.
- Ziemelis, A. (1998, enero). Drug prevention in higher education: Efforts, evidence, and promising directions. *Manuscrito presentado en la reunión anual del Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention*, Charleston, SC.
- Zirkel, S. (1992). Developing independence in a life transition: Investing the self in the concerns of the day. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 506-521.
- Zucker, R. A. (1994). Pathways to alcohol problems and alcoholism: A developmental account of the evidence for multiple alcoholism and for contextual contributions to risk. En R. A. Zucker., G. Boyd & J. Howard (Eds.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. (pp. 255-289). *NIAAA Research Monograph No. 26*, NIH Publication No. 94-3495, Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Zucker, R. A. (1987). The four alcoholisms: A developmental account of the etiological process. En P. C. Rivers (Ed.). *Alcohol and addictive Behaviors. Nebraska Symposium on Motivation, 1986, Vol. 34*, 255-289. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E. & Moses, H. D. (1995). Emergent of alcohol problems and the several alcoholisms: A developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. En D. Cichetti & D. J. Cohern (Eds.), *Developmental Psychopathology*, Vol. 2, 677-711. Risk, Disorder, and Adaptation, New York: John Wiley & Sons.
- Zweben, A. & Barret, D. (1993). Brief couples treatment for alcohol problems. En T. J. O'Farrell (ed.). *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*, (pp. 353-380). New York: Guilford Press.
- Zweben, A. & Fleming, M. F. (1999). Brief interventions for alcohol and drug problems. En J. A. Tucker, D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behaviors*, (pp. 251-282). New York: Guilford Press.
- Zweben, A., Pearlman, S. & Li, S. (1988). A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the marital system study. *British Journal of Addiction*, 83, 899-916

ANEXO 1

**Instrumentos Generales de la Evaluación Diagnóstica-
Prescriptiva para la Selección y Derivación Terapéutica a los
Tratamientos Específicos del Modelo Cognitivo Conductual
Motivacional de Atención Escalonada**

EDP*

ENTREVISTA DIAGNOSTICA-PRESCRIPTIVA

Guía e Instrucciones Generales

El “Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol”(Quiroga, 2003b) permite al terapeuta determinar la modalidad o programa de atención específico adecuado para el tratamiento de problemas de alcohol cuyo espectro va de abuso a dependencia severa, para lo cual se auxilia, fundamentalmente, de la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (PDP; Quiroga, 2003a).

La manera como se obtiene la información acerca del consumo de alcohol y se retroalimenta al usuario determina, en gran medida, el siguiente paso para desarrollar un programa de cambio. Es importante tener siempre una actitud *empática* con el usuario considerando a ésta no como una habilidad o tendencia a identificarnos con las experiencias del usuario, sino para entender lo nos quiere decir, empleando nuestra escucha *reflexiva*. El estilo de la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP) es de gran importancia para obtener información válida. Hay que recordar que, por lo general, a los consumidores no les agrada la idea de quedar definidos como “alcohólicos”.

Por consiguiente, es importante incluir en la EDP algunas técnicas que han demostrado su utilidad como: el uso de preguntas abiertas, preguntas cerradas y una actitud facilitadora, resumir información, sondear el terreno y negociar prioridades, expresar comprensión, reflexionar y legitimar, apoyar, establecer una alianza con el usuario y respetarla. Por lo tanto PERMITA: (1) que el usuario fije los límites de la discusión; (2) que el usuario explore sus preocupaciones a su tiempo y conveniencia. En consecuencia: EVITE: (1) calificar las cosas como “problemas”, a menos de que la persona los acepte como tales; es mejor usar términos neutrales; (2) expresar hipótesis o dar consejos antes de que la persona este lista para aceptarlos; (3) apresurar las decisiones.

En la EDP una de las primeras preguntas se refiere a porqué esta aquí el usuario en el programa y a partir de su respuesta, indagar acerca de su historia de consumo (años consumiendo, tiempo de consumo excesivo, problemático, adictivo o dependiente, principales características del consumo, principales consecuencias de éste, otras sustancias psicoativas consumidas, etc.), para de esta forma detectar en que etapa de cambio se encuentra y responsabilizarlo de la decisión que tome en el futuro .

Las características específicas de la EDP incluyen: (1) **evitar calificar** o etiquetar al usuario “Usted es un alcohólico”; “Usted no tiene fuerza de voluntad”; (2) **utilizar un estilo reflexivo y propositivo** en lugar de confrontacional, para fomentar la conciencia del usuario hacia los riesgos y consecuencias relacionados con el consumo abusivo y dependiente de alcohol; (3) **proporcionar retroalimentación objetiva** en forma no amenazadora, a fin de no provocar resistencia de parte del usuario; (4) informar al usuario de que es **posible el cambio**; (5) permitir al usuario elegir dentro de lo posible el programa o modalidad de atención y (6) **elegir su meta** de tratamiento (abstinencia o moderación).

*Quiroga, A. H. (2003). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para seleccionar y derivar a estudiantes universitarios con problemas de alcohol a los tratamientos específicos de un modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. En la elaboración de la Entrevista se consideraron apartados del Guided Self-Change Biopsychosocial Assessment desarrollado originalmente por L.C. Sobell & Mark, B. Sobell (2003).

El enfoque del presente Modelo ayuda a las personas que tienen problemas por su forma de beber alcohol a fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tienen mayor posibilidad de beber en exceso y ayudarlas a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones.

La EDP es el primer componente del modelo y es importante, ya que es el primer contacto que se tiene con el usuario, por esto es necesario que la interacción que se tenga sea positiva; además, es el momento en el que se recibe información valiosa para ser utilizada en el tratamiento. Para que la interacción sea positiva se recomienda, además de ser cordial con el usuario, darle reconocimiento y felicitarlo por haber acudido al programa.

RECOLECCION DE INFORMACIÓN

La EDP contiene diferentes apartados que permiten obtener información sobre diversos indicadores. Las áreas que componen la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva son: información sociodemográfica, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas y consecuencias negativas relacionadas al uso de sustancias, observaciones conductuales y examen del estatus mental, e instrumentos de tamizaje y diagnóstico sobre abuso y dependencia al alcohol, historia familiar de problemas de alcohol, problemas asociados al consumo, deterioro neuropsicológico, depresión, ansiedad, y sobre los criterios de inclusión/exclusión a los programas específicos de tratamiento.

La aplicación de la EDP tiene una duración aproximada de una hora con 30 min. La información que se obtiene con este instrumento es útil para decidir que tipo de modalidad o programa de atención de los que conforman el modelo es más recomendable, y nos indica algunos cambios relacionados con estilos de vida de los usuarios y las consecuencias del consumo, que se presentan después de haber participado en el programa correspondiente.

GUÍA PARA DETERMINAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Un punto relevante, es estar alerta a síntomas clínicos de problemas relacionados con el alcohol, tales como: accidentes, hipertensión, molestias físicas y problemas psicológicos y sociales. Algunas preguntas que pueden ayudarle a identificar la presencia de problemas relacionados con el alcohol son: (1) *¿ha tratado usted de disminuir su consumo de alcohol?;* (2) *¿se ha sentido molesto porque otras personas le dicen que disminuya su consumo de alcohol?;* (3) *¿Se ha sentido usted culpable por su consumo de alcohol?;* (4) *¿Ha necesitado tomar un trago en las mañanas para ayudarse a iniciar el día?.* Usted también puede preguntar simplemente: (5) *¿ha pensado alguna vez que tiene un problema con la bebida?''*

Recuerde que al identificar los problemas relacionados con el consumo, el estilo de la entrevista es de gran importancia para obtener información válida sobre el consumo del usuario. Esto es especialmente cierto cuando el usuario es un bebedor problema sin dependencia o con dependencia leve, cuyos problemas aún son leves y a quien le preocupa no ser etiquetado como "alcohólico". El terapeuta debe estructurar las preguntas cuando sea posible de manera no amenazadora. Como ya se discutió en un principio. De manera específica se debe obtener información sobre:

(1) HISTORIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL. Para los últimos doce meses, obtenga la siguiente información: (1) promedio de copas estándar por semana (cantidad de consumo); (2) promedio de días de consumo a la semana, (frecuencia de consumo); (3) promedio del número de copas estándar por día de consumo, (cantidad por ocasión de consumo); (4) consumo máximo en una ocasión durante el último mes (pico máximo de consumo); (5) tiempo que normalmente utiliza para consumir una copa, (intensidad del consumo); (6) tipo de bebida que normalmente consume; (7) consumo en forma leve, moderada, severa; (8) Cuando pierde el control, ¿en que situaciones lo hace?; (9) bebe solo o acompañado; (9) bebe en lugares públicos o privados.

Al momento de recolectar los datos anteriores es necesario considerar las siguientes recomendaciones:

- a) Solicitar un consumo semanal específico del usuario (“sólo bebo en reuniones sociales” carece de significado, ya que el grupo social del usuario puede estar formado por bebedores excesivos).
- b) Convertir la respuesta del usuario a copas estándar, para obtener cantidades equivalentes de etanol. 1 cerveza = 1 copa de vino = 1 cuba = 1 caballito de tequila = 12 gr. de etanol.
- c) Pregunte sobre el consumo máximo que ingirió el usuario durante una velada en el mes anterior.
- d) Cuando sólo se pregunta sobre el promedio o sobre el consumo típico semanal, pueden excluir los consumos excesivos esporádicos.
- e) Para los usuarios que dan respuestas vagas: (a) pregunte sobre su consumo de la semana anterior (este lapso es el que se recuerda con mayor precisión); (b) presente al usuario un rango amplio de consumos: “Diría usted que su consumo está en el orden de 17 tragos por semana (1 botella de destilados de ¾ lt.) ó 30 tragos por semana (2 botellas de ¾ lt.)”.

(2) Determine las **CONSECUENCIAS DE LA FORMA DE CONSUMO** preguntando sobre los efectos del alcohol en los principales campos de la vida del usuario: Actividades sociales, laborales, financieras, legales y físicas. Se debe animar al usuario para que discuta los efectos sutiles del alcohol (sentirse cansado por las mañanas, pasar menos tiempo con la familia, dificultad para concentrarse).

(3) Determine si el usuario tiene **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE SUGIERAN DEPENDENCIA SUSTANCIAL A SEVERA. Es importante** distinguir entre consumidor con dependencia leve a moderada y dependencia sustancial a severa, ya que los dos grupos requieren con frecuencia diferentes enfoques para el tratamiento. Las características clínicas de dependencia sustancial a severa son las siguientes:

Síntomas del síndrome de abstinencia: El síndrome de abstinencia del alcohol (temblores, sudoración profusa, beber para aliviar la cruda y/o ataques, delirium tremens) es la característica clínica más confiable para distinguir entre la dependencia media a severa y el consumidor con dependencia leve a moderada.

Consumo muy elevado (más de 30 tragos por semana). Los consumidores con dependencia leve a moderada tienden a beber menos que los usuarios con dependencia sustancial a severa, aunque no ha sido establecida una línea divisoria totalmente confiable.

Rara vez bebe moderadamente (4 o menos copas por ocasión). Los usuarios con dependencia sustancial a severa al alcohol tienden a beber en exceso cada vez que beben. El consumidor con dependencia leve a moderada, por otro lado, bebe moderadamente en algunas o en la mayoría de las ocasiones.

Consecuencias médicas severas tal como cirrosis hepática, demencia alcohólica o sangrado son características de los consumidores con dependencia media a severa.

Consecuencias sociales severas. Los consumidores con dependencia leve a moderada tienden a ser socialmente más estables que los usuarios con dependencia sustancial a severa al alcohol, y los problemas sociales que experimentan son menos severos. Por ejemplo: un consumidor con dependencia leve a moderada puede discutir con su pareja u obtener una multa por manejar en estado de ebriedad, mientras que el usuario con dependencia sustancial a severa al alcohol probablemente perdió el empleo o se divorció debido a problemas por su consumo de alcohol.

(4) Determinar las **CONTRA INDICACIONES PARA CONSUMIR ALCOHOL**. En las siguientes situaciones, el consumo de alcohol puede ser contraindicado o debe ser limitado a pequeñas cantidades:

(a) **Condiciones físicas** (embarazo, úlcera péptica o gástrica activa, cirrosis hepática, hepatitis alcohólica o viral activa, pancreatitis). También hay circunstancias en las cuales se debe consumir el alcohol con precaución, tales como: por diabetes, si se ingieren antidepresivos o sedantes y con problemas por ataques.

(b) **Condiciones sociales.** Cualquier circunstancia que lleve a consecuencias sociales serias si se presenta el consumo en cualquier forma (ejemplo: si la pareja amenaza con la separación, si se repite la intoxicación, por prohibición legal (libertad bajo fianza).

(5) **HISTORIAL ADICIONAL.** Pregunte sobre el **uso de drogas psicoactivas**. El abuso de drogas es común, especialmente entre bebedores jóvenes. Los terapeutas deben preguntar sobre la ingesta de tranquilizantes prescritos y por el uso de derivados de opiáceos vendidos sin receta, así como sobre el uso de marihuana, cocaína y heroína.

Pregunte sobre la **historia familiar de problemas de alcohol**. El consumo excesivo, el abuso y la dependencia de las parejas o entre miembros de la familia pueden tener un gran impacto sobre el tratamiento del usuario o su pronosis.

Pregunte sobre el **consumo de alcohol y la utilización de maquinaria ó la conducción de vehículos**.

Pregunte acerca de **violencia familiar**. La violencia familiar es frecuente entre bebedores excesivos.

(6) **EVALUACIÓN DEL ABUSO Y NIVEL DE DEPENDENCIA.** Una vez que se tiene información sobre estas preguntas se deben aplicar instrumentos que permitan valorar el abuso, nivel de dependencia y consecuencias dañinas del alcohol. Para identificar si la persona evaluada forma parte de nuestra población de interés (consumo excesivo, abuso, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia sustancial o dependencia severa), los instrumentos que se emplean son: la “Escala de Dependencia al Alcohol”, **EDA** y el **SCID-VA DSM-IV** (Véase Instrumentos de Evaluación.), instrumentos sencillos y rápidos de calificar y que cuentan con características psicométricas satisfactorias. Así, por ejemplo, en el caso de la EDA se califica sumando simplemente los resultados a cada uno de los 25 reactivos. El puntaje total que se obtiene va de 0 a 47 puntos.

INTERPRETACIÓN

- a) De 0 puntos = No hay Dependencia.
- b) De 1 a 13 puntos = Dependencia Baja o Leve.

- c) De 14 a 21 puntos = Dependencia Moderada.
- d) De 22 a 30 puntos = Dependencia media o sustancial.
- e) De 31 a 47 puntos = Dependencia severa.

Si al aplicar la EDA los resultados indican un puntaje entre 0 a 21, se debe considerar a la persona a participar en la modalidad de “Tratamiento de Auto-cambio Guiado” (TAGEU). Si su puntaje es superior, se le considerará para participar en el tratamiento de “Prevención Estructurada de Recaídas” (PEREU) que es más intensivo, o bien, si el puntaje es de 0 se le debe aplicar la sección de ABUSO del SCID-VA del DSM IV para determinar si califica para el Programa de “Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve” (DIBAEU).

Pruebas Neuropsicológicas. Otro aspecto a considerar en la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva, es la valoración de aquellos usuarios de alcohol en los que se sospecha daño cerebral o incapacidad neuropsicológica. Ya que la literatura sugiere que la ingestión prolongada de alcohol puede ocasionar incapacidad neuropsicológica seria. El uso de una prueba para diagnosticar el probable daño cerebral debido al uso de sustancias, ayuda a aumentar la confianza en el diagnóstico resultante.

La incapacidad neuropsicológica es una consecuencia bien conocida del consumo abusivo y crónico de alcohol, entre personas con dependencia sustancial a severa. Aunque varios estudios han demostrado una recuperación de funciones en ciertas tareas después de períodos largos de abstinencia, otros estudios han encontrado que en personas que abusan del alcohol por largo tiempo, las funciones cognoscitivas (dificultad de concentración) se mantienen con deficiencias, esto es importante para planear el tratamiento ya que los usuarios que tienen deficiencias, por ejemplo de abstracción, no son buenos candidatos para tratamientos donde las habilidades cognoscitivas son necesarias, La prueba que se ha venido utilizando es la Prueba de Pistas (PDP) partes A y B de la Batería Halstead-Reitan (Halstead, 1947) (Véase Instrumentos de Evaluación).

La Parte A de la PDP se aplica pidiendo al usuario que una con una línea los números que se encuentran en el papel, empezando por el número uno, siguiendo en orden ascendente hasta terminar con el número 15. El terapeuta debe tomar el tiempo y pedirle al usuario que cuando inicie no separe el lápiz del papel y lo haga lo más rápido que pueda.

Para la Parte B de la PDP se le pide al usuario que ahora una, con una línea, un número con la primera letra del abecedario y después el siguiente número con la siguiente letra y así sucesivamente. El terapeuta debe tomar el tiempo y recordarle que no debe separar el lápiz del papel.

- Pista A, debe hacerlo en un tiempo máximo de 60 segundos.
- Pista B, debe hacerse en un tiempo máximo de 120 segundos.

Si la prueba se hace en esos límites se considera un buen candidato para el modelo, ya que usuarios con déficit en esta área obtienen pobres resultados en tratamientos de corte cognitivo, por la dificultad de comprensión de los materiales de lectura y los ejercicios.

(7) Determine la **HISTORIA DE SÍNTOMAS FÍSICOS Y EXAMENES DE LABORATORIO**. El examen físico deberá incluir, cuando menos, una pregunta sobre sintomatología, presión arterial y exploración física del área hepática. Aún los usuarios jóvenes pueden tener hipertensión inducida por el alcohol o enfermedad hepática como hígado graso. Los usuarios de más edad, con un historial largo de consumo excesivo deberán también someterse a un examen neurológico para excluir la neuropatía periférica, la enfermedad cerebral o demencia.

También se deberá someter al usuario a la medición de los niveles de Gamma Glutamil Transferasa (GGT). El nivel de GGT se incrementa ante la administración *crónica* de alcohol. Los usuarios que logran disminuir la GGT se sienten orgullosos ante esta evidencia de su progreso. El Informar a los usuarios de sus resultados de la GGT puede resultar en subsecuentes reducciones de consumo de alcohol.

Un elevado Volumen Corpuscular Medio VCM se considera otro marcador específico, pues se incrementa por el consumo *agudo* de alcohol, por lo cual, es útil en el monitoreo de las recaídas por su prolongada vida media, por lo cual, también será empleado con cada usuario para determinar el progreso y evaluación del programa.

Finalmente, el Colesterol de Alta Densidad (HDL) se eleva igualmente con el *consumo* de alcohol, por lo cual también deberá ser empleada con cada usuario para evaluar el programa.

Cabe señalar que estas pruebas de manera aislada tienen un nivel bajo de sensibilidad (25%-50%) y no deben ser el único instrumento de filtro para problemas de alcohol. La GGT puede ser elevada debido a enfermedad de los conductos biliares, por enfermedad hepática no alcohólica o por inductores de enzima microsomal como la fenitoina. La GGT tiene una vida media de aproximadamente dos semanas y normalmente regresa a ser normal en dos a seis semanas de abstinencia, aunque su vida media es prolongada en clientes con enfermedades alcohólicas severas.

La GGT (Gamma Glutamil Transferasa), el VCM (Volumen Corpuscular Medio) y el HDL (Colesterol de Alta Densidad) son de utilidad de manera conjunta para vigilar el éxito del tratamiento y para detectar recaídas, por lo cual deberán ser empleados de manera conjunta con cada usuario

(8) Determinar la **CATEGORIA DE RIESGO POR ALCOHOL** del usuario. Con la información obtenida anteriormente se puede determinar que tipo de usuario es (p. ej., abusador, con dependencia leve, moderada, sustancial y severa) en este caso se emplea la **Guía Para Personas que Quieren Cambiar su Forma de Beber**. Si el usuario tiene una o más de las características de dependencia sustancial o severa, deberá ser canalizado al tratamiento de “Prevención Estructurada de Recaídas” (PEREU), el cual es de naturaleza más intensiva.

Para terminar con la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva, se invita al usuario a la modalidad de atención correspondiente y se le explican las características de este. Si la persona acepta conocer dicho programa se le entrega el Formato de Consentimiento Informado correspondiente (Véase Instrumentos de evaluación.) para que lo revise y firme. Este formato señala la confidencialidad de los datos del usuario, el número de sesiones de terapia, el número de seguimientos, así como la solicitud del nombre de una persona que servirá como su colateral. En seguida se le invita a la sesión de Evaluación Inicial del programa específico en cuestión.

(9) Dar **SEGUIMIENTO** con consultas regularmente programadas o por vía telefónica. Los terapeutas deben ponerse en contacto con sus usuarios si no acuden a la cita. Los usuarios toman en cuenta estos contactos como una indicación de la preocupación de su terapeuta.

Si al aplicar el programa en cuestión no se logra una reducción del consumo, una alternativa es referir al cliente a tratamiento adicional cuando sea apropiado. Si después de un periodo de prueba no ha habido una reducción sustancial en el consumo, se debe considerar canalizar al usuario a la modalidad de “Consejo Estructurado de Prevención de Recaídas” (PEREU), el cual es un tratamiento más intensivo. Adicionalmente, puede ser indicado enviar al usuario a otros servicios.

Es importante mencionar que como parte de la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva, se cuenta con los Cuestionario de Selección para cada uno de los tres programas específicos que conforman el Modelo (Véase Instrumentos de Evaluación.) los cuales son llenados por el terapeuta al terminar la Entrevista con la información recolectada durante la sesión. Este cuestionario permite identificar con claridad si el usuario cubre con los criterios de inclusión para el “Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional de Atención Escalonada” para Estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol”.

Cuando el Entrevistador identifica algún criterio por el cual el usuario no pueda ser invitado a participar en el Modelo, tendrá que valorar la situación y decidir qué es lo más conveniente para el usuario.

Resumiendo, las actividades a realizar durante la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva son:

- ✓ Recepción del usuario
- ✓ Análisis del motivo de consulta del usuario
- ✓ Recolección de información a través de la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva:
 - Características sociodemográficas y status residencial
 - Salud física
 - Situación laboral
 - Historia del consumo de alcohol
 - Características clínicas que sugieran dependencia media a severa
 - Contraindicaciones para consumir alcohol
 - Historia de consumo de tabaco y otras drogas psicoactivas, violencia familiar
 - Consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol
- ✓ Aplicación de los cuestionarios TWEAK ó AUDIT-C, en caso de que no se hayan aplicado en una “Plática-Debate” Preventiva.
- ✓ Aplicación del cuestionario para detectar abuso o dependencia CAGE, en caso de que no se hayan aplicado en la “Plática-Debate” Preventiva
- ✓ Aplicación de la Escala *de Dependencia al Alcohol* EDA
- ✓ Aplicación del SCID-VA
- ✓ Aplicación del Cuestionario del Árbol Familiar para determinar Problemas de Alcohol CAF
- ✓ Aplicación del Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR)
- ✓ Aplicación de la Prueba de Pistas PDP
- ✓ Aplicación de la LIBARE-A
- ✓ Aplicación del Inventario de Depresión de BECK (BDI)
- ✓ Aplicación del Inventario de Ansiedad de BECK (BAI)
- ✓ Aplicación de la forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del DIBAEU (FCIE-DIBAEU)
- ✓ Aplicación de la forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del TAGEU (FCIE-TAGEU)
- ✓ Aplicación de la forma de Criterios de Inclusión-Exclusión del PEREU (FCIE-PEREU)
- ✓ Explicación de las características del Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol.
- ✓ Entrega y firma del Consentimiento Informado correspondiente (FCI-DIBAEU, FCI-TAGEU ó FCI-PEREU)

EDP*
ENTREVISTA DIAGNÓSTICO PRESCRIPTIVA*

Nombre: _____ Fecha _____ Expediente # _____

Dirección: _____ Tel: _____

INFORMACION SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Edad** (en años cumplidos) _____

2. **Sexo** (1) masculino (2) femenino _____

3. **Escolaridad:** (No. de años terminados) _____

Primaria terminada = 6 Secundaria terminada = 9 Preparatoria terminada = 12
Licenciatura terminada = 17 Maestría terminada = 19 Doctorado terminado = 21

4. **Estado civil:** (marque solo una opción) _____

____ (1) casado(a) ____ (2) soltero(a) ____ (3) separado(a)
____ (4) divorciado(a) ____ (5) unión libre ____ (6) viudo(a)

5. ¿Con quien vive actualmente? (MARQUE LAS OPCIONES NECESARIAS):

(1) ____ Esposo (a) (2) ____ Niños (3) ____ Padres (4) ____ Hermanos
(5) ____ Amigos (a) (6) ____ Parientes (7) ____ Solo (8) ____ Otros

6. **Tipo de residencia en la actualidad:**

(1) ____ Casa propia (2) ____ Departamento o casa rentada (3) ____ Cuarto
(4) ____ Sin dirección permanente (5) ____ Pensión (6) ____ Otra _____

7. En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces se ha cambiado de residencia? _____

8. ¿Qué le motiva a venir aquí (esta vez)?

9. ¿Cuál es la principal sustancia por la que está buscando ayuda (Marque solo uno)?

(1) _____ Alcohol (5) _____ Heroína _____
(2) _____ Tabaco (6) _____ Pastillas. Nombre: _____
(3) _____ Marihuana (7) _____ Otras (drogas) _____
(4) _____ Cocaína (8) _____ Tengo varios problemas con las
drogas que considero de igual
importancia: _____

*Quiroga, A. H. (2003). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para seleccionar y derivar a estudiantes universitarios con problemas de alcohol a los tratamientos específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Para la elaboración de la entrevista se consideraron apartados del Guided Self-Change Biopsychological Assessment desarrollado por L.C. Sobell y Sobell (2003) y del Addiction Severity Index (McLellan et al. 1992).

10. ¿Qué espera obtener del tratamiento?

11. ¿Quién(es) ha(n) mostrado preocupación sobre su consumo de alcohol/drogas?

12. ¿Quién(es) apoyan o apoyarían un cambio en su consumo de alcohol/drogas?

13. ¿Alguien con quien usted vive consume alcohol de manera excesiva o usa drogas?

(1) No ___ (2) Si ____. ¿Quién(es)? _____

¿Cómo cree que podría esto afectar su intento de cambiar su consumo de alcohol/drogas?

14. En la siguiente escala (mostrársela al participante) de 1 al 5, ¿qué número refleja qué tan dispuesto se encontraba hace seis meses y se encuentra en la actualidad para cambiar su consumo de alcohol/drogas?

No dispuesto Incierto	Estoy considerando un cambio	Estoy Indeciso de cambiar	Estoy algo decidido a cambiar	Estoy muy decidido
1	2	3	4	5

14a. ____ Hace seis meses

14b. ____ Actualmente

15. ¿Esta siendo atendido por algún problema en la actualidad, diferente al consumo de Alcohol o drogas?

(1) ____ No (2) ____ Si ¿Cuál?: _____.

16. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando?

(1) ____ No (2) ____ Si. Describa el nombre del medicamento y para qué): _____

17. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos de dañarse a sí mismo o intentos de suicidio?

(1) ____ No. (2) ____ Si. Descríbalo: _____

18. ¿Considera que se encuentra en riesgo de: Hepatitis, Sida o alguna enfermedad de transmisión sexual?

1) ___ No. (2)___ Si. ¿Porqué?: _____

19. ¿Cuánto pesa? ___ Kg.

20. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

(1)___ ninguna (4) ___ Ir al cine o teatro (7) ___ Ir a fiestas
(2)___ leer (5) ___ Ir a los museos (8) ___ Otro _____
(3)___ Hacer deporte (6) ___ Ir a discotecas o bares

21. ¿Estas actividades están relacionadas con el abuso de alcohol o al uso de drogas?

(1) ___ No (2) ___ Si. Describa: _____

22. ¿Cuando está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?

(1)___ No (3) ___ Si, pero solo mi familia
(2)___ Si, pero solo mis amigos (4)___ Si tanto mis amigos como mi Familia

23. Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas?

24. ¿Qué tan satisfecho está con su "forma (estilo) de vida" en este momento?

(1) ___ Muy satisfecho(a) (2) ___ Satisfecho(a) (3) ___ Inseguro(a)
(4) ___ Insatisfecho(a) (5) ___ Muy insatisfecho(a)

SITUACIÓN LABORAL

25. Situación laboral (MARQUE UNA SOLA OPCION):

(1) ___ Tiempo completo (4) ___ Trabajo ocasional (7) ___ Estudiante
(2) ___ Medio tiempo (5) ___ Sin empleo (8) ___ Jubilado(a)
(3) ___ Trabaja por su cuenta (6) ___ Incapacitado(a) (9) ___ Labores del hogar

26. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia:

_____.

27. Número de meses o años trabajando en ocupación actual: _____.

28. En los últimos 12 meses ¿cuántas semanas estuvo desempleado? _____.

29. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajo?, como resultado de consumir

bebidas alcohólicas (0 a 250): _____.

30. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces perdió el empleo? como resultado de consumir bebidas alcohólicas (0 a 250): _____.

31. Ingreso personal aproximado durante el año pasado \$ _____.

32. En promedio, ¿Qué porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol? _____.

33. En promedio, ¿cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas? \$ _____.

HISTORIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

34. ¿Desde que edad empezó ha consumir alcohol? _____.

35. ¿Por cuantos años cree que ha sido un consumidor excesivo? _____.

36. ¿Por cuantos años cree que ha tenido un problema con el alcohol? _____.

37. ¿En cuántas ocasiones ha intentado seriamente de dejar o reducir su consumo de Alcohol? _____.

38. Desde que se preocupó por primera vez sobre su consumo de alcohol, ¿Cuál fue el mayor periodo continuo de meses en los que no consumió alcohol (excluyendo el tiempo que tiempo que haya estado en prisión o hospitalizado)? ____ ¿Cuándo? (año) _____. ¿Qué es lo que provocó nuevamente que consumiera? _____

39. En los últimos 12 meses, ha consumido alcohol en el transcurso de la mañana después de despertar, con el fin de evitar la resaca o cruda de la noche anterior?

(1)____ No. (2)____ Si.

40. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha experimentado pérdida de la memoria debido al consumo de alcohol (p. ej., no puede recordar nada, amnesia total)?_____.

41. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o drogas?

(1)_____ No, nunca (2) _____ Si

Tipo de tratamiento/ayuda	Alcohol	Drogas	Tipo de tratamiento/ayuda	Alcohol	Drogas
(3) Centro de desintoxicación			(6) Tratamiento medico		
(4) Tratamiento de consulta externa			(7) Tratamiento psiquiátrico		
(5) Tratamiento de consulta interna			(8) Grupos de Auto-ayuda		

En caso de que haya recibido, indique en qué fecha fue y describa en que consistió(eron):

En caso de que haya recibido ¿Cuál fue(fueron) los resultados obtenidos con dicho(s) tratamientos?

¿A qué cree que se deban los resultados obtenidos con dichos tratamientos?

¿Qué es lo que no le gustó de dichas experiencias?:

42. En los últimos 12 meses ¿Cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol? _____.

43. En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces fue arrestado (detenido) por consumo de alcohol?
_____.

44. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado (marque solo una opción):

- _____ (1) **Sin problema.**
_____ (2) **Un pequeño problema** (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
_____ (3) **Un problema menor** (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
_____ (4) **Un problema mayor** (he tenido algunos problemas uno de los cuales puede considerarse seria).
_____ (5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

45. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se convirtió en un problema, ¿cuántas veces ha intentado seriamente dejar o reducir su consumo? _____.

46. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema ¿Cuál es el Mayor número de veces consecutivos en que se ha propuesto no consumir y no ha consumido nada de alcohol? (mayor periodo de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ . ¿Cuándo ocurrió? _____
¿Por qué se abstuvo en esa ocasión? _____

47. En el caso del consumo de alcohol ¿En qué porcentaje (0 a 100) consume las siguientes bebidas?

_____ 0-100% Cerveza

- _____ 0-100 % Vino
- _____ 0-100% Pulque
- _____ 0-100% destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.
- _____ 0-100% coolers

48. ¿Cuánto alcohol ha estado consumiendo durante el último mes? _____

HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

49. ¿Consume drogas diferentes al alcohol? _____.

50. ¿Por cuantos años ha consumido drogas? _____.

51. ¿Por cuantos años ha tenido problemas con su consumo de drogas? _____.

52. En los últimos 12 meses ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas? _____.

53. En los últimos 12 meses ¿cuantas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de drogas? _____.

54. En la siguiente escala, marca la opción que mejor describa su consumo de drogas durante el año pasado (marque solo una opción):

- _____ (1) **Sin problema.**
- _____ (2) **Un pequeño problema** (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- _____ (3) **Un problema menor** (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- _____ (4) **Un problema mayor** (he tenido algunos problemas uno de los cuales puede considerarse seria).
- _____ (5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

55. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se convirtió en un problema, ¿cuántas veces Ha intentado seriamente dejar o reducir su consumo? _____.

56. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema ¿cuál es el Mayor numero de veces consecutivos en que se ha propuesto no consumir y no ha consumido nada de drogas? (mayor periodo de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ . ¿Cuando ocurrió? _____
¿Por qué se abstuvo en esa ocasión? _____

57. ¿Ha estado consumiendo alguna droga durante el último mes? _____.

CONSUMO DE TABACO

58. ¿Fuma? (para ex fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

- (1)___ Nunca he fumado
- (2)___ Actualmente fumo
- (3)___ Ex fumador (más de un año). No. de años: _____
- (4)___ Ex fumador (más de un año), No. de años: _____

59. ¿Por cuanto tiempo ha sido un fumador regular? _____

60. Promedio de cigarros fumados diariamente _____

61. Número de minutos que pasan (1 hr. = 60 minutos) desde que se despierta en las mañanas hasta que enciende su primer cigarrillo: _____.

62. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (si el cuadro “consumo” se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS O TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

63. ¿Existe algún familiar que tenga o haya tenido un problema significativo de consumo de alcohol por el cual está actualmente o estuvo en el pasado bajo tratamiento?

___ Si ___ No ___ No sé. En caso afirmativo especificar: _____

64. ¿Existe algún familiar que tenga o haya tenido un problema significativo de consumo de drogas por el cual está actualmente o estuvo en el pasado bajo tratamiento?

___ Si ___ No ___ No sé. En caso afirmativo especificar: _____

65. ¿Existe algún familiar que tenga o haya tenido un problema de tipo psiquiátrico por el cual está actualmente o estuvo en el pasado bajo tratamiento?

___ Si ___ No ___ No sé. En caso afirmativo especificar: _____

Tipo de Droga	Consumo ❖ 1= No 2= Si	Forma de Consumo Oral Inyectada Fumada Inhalada Otras	Total de años de consumo	Frecuencia de consumo semanal más usual durante los últimos 90 días.	Cantidad más frecuente consumida a la semana durante los últimos 90 días	Cantidad más frecuente consumida por ocasión de consumo durante los últimos 90 días
<i>Alcohol</i>						
Marihuana						
Cocaína						
Metanfetaminas						
Depresivos						
Narcóticos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)						
Inhalantes (cemento, solvente, aerosoles)						
Alucinógenos LSD, Polvo de ángel, mezcalina, psilocibina)						
Drogas Antialcohol (ANTABUSE, TEMPOSIL)						

❖ Si el cuadro "Consumo" se contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco	CODIGOS DE FRECUENCIA DE CONSUMO SEMANAL (FCS), CANTIDAD DE CONSUMO SEMANAL (CCS) y CANTIDAD DE CONSUMO POR OCASIÓN (CCO):		
	(FCS) 0= No consume 1 = Menos de 1 vez a la semana 2 = 1 vez a la semana 3 = 2 veces a la semana 4 = 3 a 6 veces a la semana 5 = Diariamente	(CCS) 0 = No consume 1 = menos de 1 copa o dosis a la semana 2 = 1 copa o 1 dosis a la semana 3 = 2 copas o Dosis a la semana 4 = 3 a 6 copas o dosis a la semana 5 = 10 copas o 14 dosis a la semana (mujer) 5 = 13 copas o 14 dosis a la semana (hombre)	(CCO) 0 = no consume 1 = menos de 1 copa o Dosis 2 = 1 copa o 1 dosis 3 = 2 copas o 1 dosis 4 = 3 copas o 1 dosis 5 = 4 copas o 2 dosis (mujer) o 5 copas o 2 dosis (hombre) 6 = 6 a 10 copas ó 3 a 5 dosis.

Observaciones Conductuales y Examen del Estado Mental. Comente sobre los procesos del humor/afecto, apariencia, pensamiento/cognición del consumidor, así como del estado de orientación, alucinaciones, ilusiones, inteligencia y de otros aspectos durante la entrevista:

Fecha de la Primera sesión: _____ . Terapeuta: _____

Control de llenado de los Instrumentos para la Evaluación Diagnóstica Prescriptiva (EDP)

(Marque la situación de cada ítem: si no es aplicable marque NA)

Formas/Cuestionarios/Pruebas	Si	No	NA	Formas/Cuestionarios/Pruebas	Si	No	NA
TWEAK				FCIE-DIBAEU			
AUDIT-C				FCIE-TAGEU			
CAGE				FCIE-PEREU			
SCID-VA				FCI-DIBAEU			
EDA				FCI-TAGEU			
CAF				FCI-PEREU			
IPAR				ACC-A			X
PDP				ISCD-A-50			X
LIBARE-A				CCD-A-50			X
BDI				CSU			X
BAI				ESU			X
				ESC			X

Nombre de la persona que realizó la evaluación: _____ .

Fecha: _____

Firma: _____ .

Firma del Supervisor: _____ .

Fecha: _____

TWEAK*

Cuestionario para Identificar Problemas de Alcohol (Mujeres)

Nombre/Seudónimo: _____.

Dependencia Universitaria: _____.

Fecha: _____.

Puntaje e interpretación: _____.

1. ¿Cuántas copas aguanta usted?

_____.

2. Durante el último año, ¿ha recibido alguna queja por parte de amigos cercanos ó familiares sobre su consumo de bebidas alcohólicas?

_____.

3. ¿Toma en ocasiones una copa inmediatamente después de levantarse?

_____.

4. ¿Siente la necesidad de reducir su consumo de bebidas alcohólicas?

_____.

5. ¿Alguna vez un amigo o familiar le ha hablado de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, las cuales no recuerda?

_____.

Antecedentes:

Russell (1994) desarrolló el TWEAK, tomando como base el CAGE, substituyendo una pregunta sobre la tolerancia por una pregunta de culpa, modificando la pregunta sobre molestia, y añadiendo una pregunta sobre blackouts (olvidos o lagunas). Cherpitel (1997) ha reportado que el TWEAK identifica correctamente a más individuos con problemas de alcohol (esto es, es más sensible) que el CAGE. Aún cuando el TEAW fue originalmente desarrollado para emplearse con mujeres, Charpitel encontró que es más sensible con los hombres que con las mujeres.

Administración, calificación e Interpretación:

Puede ser administrado por un entrevistador o auto-administrado empleando lápiz y papel. El tiempo de administración es de 2 a 5 minutos. Para obtener un puntaje sume los valores de cada una de las respuestas.

Califique con 2 puntos la pregunta 1 si responde 4 o más copas.

Califique con 2 puntos la pregunta 2 si la respuesta es afirmativa.

Califique el resto de las preguntas con 1 si la respuesta es afirmativa.

De 4 o más puntos = Probable dependencia.

De 3 a 2 puntos = Consumo peligroso o alcoholismo.

De 0 a 1 punto = Dudoso, aplique el AUDIT-C

Referencias

Cherpitel, C.J. (1997). Brief Screening for alcohol problems. *Alcohol Health and Research World*, 21, 348-351.

Russell, M. (1994). New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health and Research World*, 18, 55-61.

AUDIT-C*

Prueba para la Identificación de Trastornos en el Consumo de Alcohol (Hombres)

Nombre/Seudónimo: _____.

Dependencia Universitaria: _____.

Fecha: _____.

Puntaje e interpretación: _____.

1. ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?

Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3
Cuatro o más veces por semana	4

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico común de los que bebe?

1 ó 2	0
3 ó 4	1
5 ó 6	2
7 ó 9	3
10 ó más	4

3. ¿Qué tan frecuente toma 6 ó más copas por ocasión?

Nunca	0
Menos de 1 vez por mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

*Traducido y adaptado al español por Horacio Quiroga Anaya del original en lengua inglesa de Gordon, A.J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., Conigliaro, R.L., Nelly, M.E. y Conigliaro, J. (2001). Three questions can detect hazardous drinkers. *Journal of Family Practice*, 504, 313-320.

Antecedentes

La Prueba para la Identificación de Trastornos en el Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) fue originalmente desarrollada como una herramienta de detección transcultural para la identificación temprana de bebedores problema (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993). A diferencia de la versión original que consta de 10 preguntas en la que se incluyen 3 preguntas sobre consumo de alcohol, 4 preguntas sobre síntomas de dependencia y 3 preguntas sobre problemas relacionados con el alcohol, el AUDIT-C es una versión corta extractada de la original por Gordon, Maisto, McNeil, Kraemer et al. (2001), la cual incluye únicamente las tres primeras preguntas de consumo relativas a la medida cantidad-frecuencia. Dichos autores encontraron que el AUDIT-C puede ser tan útil como el AUDIT original de 10 preguntas para detectar a bebedores en riesgo.

Administración, calificación e Interpretación:

Puede ser administrado por un entrevistador o auto-administrado empleando lápiz y papel. El tiempo de administración es de 2 a 5 minutos. Para obtener un puntaje sume los valores de cada una de las respuestas.

De 0 a 3 puntos = Bebe en forma responsable.

De 4 a 7 puntos = Bebe en forma riesgosa.

De 8 a más puntos, aplique el CAGE para determinar Dependencia.

Referencias

- Gordon, A.J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., Conigliaro, R.L., Nelly, M.E., & Conigliaro, J. (2001). Three questions can detect hazardous drinkers. *Journal of Family Practice*, 504, 313-320.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.

CAGE*

Cuestionario para Detectar Abuso y Dependencia al Alcohol

Nombre/Seudónimo: _____.

Dependencia Universitaria: _____.

Fecha: _____.

Puntaje e interpretación: _____.

1. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?

(1)___ No (2) ___ Si.

2. ¿Alguna vez se ha sentido molesto porque lo critican por su manera de consumir alcohol?

(1)___ No (2) ___ Si.

3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su manera de consumir alcohol?

(1)___ No (2) ___ Si.

4. ¿Alguna vez ha tomado un trago a primera hora en la mañana para calmar sus nervios y deshacerse de una resaca o cruda?

(1)___ No (2) ___ Si.

Administración, Calificación e Interpretación:

Puede ser administrado por un entrevistador o auto-administrado empleando lápiz y papel. El tiempo de administración es de 2 a 5 minutos. Para obtener un puntaje sume los valores de cada una de las respuestas.

Dos respuestas positivas constituyen el punto de corte para una detección positiva. Aún cuando el CAGE es popular dentro de los escenarios de atención primaria, no evalúa problemas actuales, niveles de consumo de alcohol, o consumo excesivo. Resulta mejor cuando se le emplea para detectar dependencia. Consecuentemente, no se le recomienda cuando la detección tiene como finalidad identificar bebedores peligrosos o excesivos en riesgo a fin de reducir el riesgo.

Cada respuesta afirmativa califica con 25 puntos

RANGO	DIAGNÓSTICO
0-25	No alcohólico
50	Abuso
75-100	Alcoholismo

Referencias

Ewing, J. (1984). The Cage questions. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.

SCID-VA*
**Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos
 por Abuso y Dependencia al Alcohol del DSM-IV**

Forma de Puntuaciones

E. Trastornos por Abuso y Dependencia al Alcohol

E1 Experimentó un período de excesivo consumo de alcohol. O tuvo problemas relacionados con el alcohol	E1 ? — +
---	--------------------

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL

A. Un patrón de desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:	
E2 (1) incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en los estudios o en casa Notas:	E2 ? — +
E3 (2) consumo en situaciones en que resulta físicamente peligroso Notas:	E3 ? — +
E4 (3) problemas legales repetidos relacionados con el alcohol Notas:	E4 ? — +
E5 (4) consumo continuado de alcohol a pesar de tener problemas causados exacerbados por los efectos del alcohol Notas:	E5 ? — +
E6 AL MENOS UN ITEM DE ABUSO ES CODIFICADO «+»	E6 ? — +

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; — = Ausente (o subumbral); + = Presente

*Versión extractada y adaptada por Horacio Quiroga Anaya, a partir del Módulo E. "Trastornos por Consumo de Alcohol" que se encuentra en First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., y Williams, J.W. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-CV) Versión Clínica. Masson, S.A. Barcelona, España.

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:		
E7	(3) a menudo se toma alcohol en cantidades mayores O durante un Período más largo de lo que inicialmente se pretendía Notas:	E7 ? — +
E8	(4) existe un deseo persistente O esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol Notas:	E8 ? — +
E9	(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol, en el consumo de alcohol o en recuperarse de sus efectos Notas:	E9 ? — +
E10	(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol Notas:	E10 ? — +
E11	(7) consumo continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes Notas:	E11 ? — +
E12	(1) Tolerancia Notas:	E12 ? — +
E13	(2) Abstinencia Notas:	E13 ? — +
E14	COMO MÍNIMO TRES ITEMS DE DEPENDENCIA SON CODIFICADOS «+» Y OCURREN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 12 MESES	E14 ? — +
E15	F10.2x Dependencia al alcohol Marcar aquí _____ si los criterios se han cumplido durante el último mes	E15
E16	F10.1 Abuso de Alcohol Marcar aquí _____ si los criterios se han cumplido durante el último mes Puntuaciones: ? = Información inadecuada; — = Ausente (o subumbral); + = Presente	E16

SCID-VA*
**Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos
por Abuso y Dependencia al Alcohol del DSM-IV**

Forma de Aplicaciones

E. Trastornos por Abuso y Dependencia al Alcohol

¿Cuáles son sus hábitos de bebida? ¿Cuánto bebe?)
(¿Con qué frecuencia?) (¿Qué bebe?).

Si ACTUALMENTE NO BEBE EN EXCESO: ¿Ha
Habido algún período de su vida en que bebiera mu-
cho más? (¿Con qué frecuencia estuvo bebiendo?)
(¿Qué bebía?) (¿Cúanto?) (¿Cuánto tiempo duró ese
Período?).

Actualmente / Durante ese tiempo...

...¿la bebida le (causa / causó) problemas?
...¿alguien le (reprocha / reprochó) su hábito de
Beber?

Si parece probable la Dependencia del alcohol, diríjase a **E7**

E1	Ha experimentado alguna vez un período de excesivo consumo de alcohol O ha tenido alguna vez problemas relacionados con el alcohol E1
-----------	--

Si E1 es codificado «—» (es decir, nunca se produjo un consumo excesivo de alcohol Y nunca hubo problemas relacionados con el alcohol), suspenda la aplicación.

ABUSO DE ALCOHOL	CRITERIOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL
Déjeme hacerle algunas preguntas más sobre [EL TIEMPO EN QUE ESTUVO BEBIENDO MAS/ EL TIEMPO EN QUE TUVO PROBLEMAS]. Durante ese tiempo...	A. un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

<p>E2 ¿Alguna vez faltó al trabajo o a clase porque estaba intoxicado, eufórico o muy resacoso? ¿Con qué frecuencia? ¿Y hacer mal las cosas en su trabajo o suspender asignaturas debido a la bebida?)</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y descuidar la limpieza de la casa o no atender al cuidado adecuado de los hijos debido a la bebida? (¿Con qué frecuencia?).</p> <p>E3 ¿Alguna vez bebió en situaciones en las que podía haber resultado peligroso?</p> <p>(¿Alguna vez condujo mientras estaba demasiado bebido para hacerlo?)</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántas veces?</p> <p>E4 ¿La bebida le llevó a tener problemas con la ley? ¿Cuénteme más sobre ello)?</p> <p>E5 SI NO SE CONOCE TODAVÍA: ¿la bebida le causó problemas con otras personas como miembros de su familia, amigos o compañeros de trabajo? (¿Alguna vez se involucró en peleas mientras estaba bebido? ¿Y en discusiones fuertes sobre su consumo de alcohol?)</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Siguió bebiendo a pesar de todo?</p> <p>E6</p>	<p>(1) Consumo recurrente de alcohol, que E2 da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en los estudios o en casa (p. ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de alcohol, ausencias, suspensiones o expulsiones de clase relacionadas con el alcohol; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)</p> <p>(2) Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos del alcohol) E3</p> <p>(3) problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol) E4</p> <p>(4) consumo continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física) E5</p> <p>AL MENOS UN ÍTEM DE ABUSO ES «+»</p> <p>E6</p>
--	---

Si **E6** es codificado «—» (es decir, ningún ítem de abuso es «+»), termine la entrevista.

Si **E6** es codificado «+» (es decir, como mínimo un ítem de abuso es «+») y ya ha examinado la presencia de Dependencia (es decir, ya ha evaluado los ítems **E7-E13** y menos de 3 son «+»), diríjase a **E16** y establezca un diagnóstico de Abuso de alcohol.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre su consumo de alcohol (durante ese tiempo).

E7 ¿A menudo termina bebiendo mucho más de lo que había previsto?

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y Beber durante más tiempo del que había Previsto?

E8 ¿Ha intentado reducir o eliminar el consumo de alcohol?

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE:
¿Ha dejado de beber del todo alguna vez? (¿Cuántas veces ha intentado reducir o eliminar su consumo de alcohol?)

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE:
¿Quiere eliminarlo o reducirlo?
¿Es algo que le preocupe?

E9 ¿Ha empleado mucho tiempo en beber o en sentirse eufórico o resacoso?

E10 ¿Ha habido períodos en que bebía con tanta frecuencia que empezaba a beber en vez de ir a trabajar, dedicar tiempo a su familia o a sus amigos, u ocuparse de otras actividades importantes como practicar deportes, dedicarse a la jardinería o tocar un instrumento musical?

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses.

NOTA: Los criterios de Dependencia se presentan en un orden diferente al del DSM-IV

(3) a menudo se toma alcohol en cantidades mayores O durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía. **E7**

(4) existe un deseo persistente O esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol **E8**

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo de alcohol o en recuperarse de sus efectos **E9**

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol **E10**

E11 SI NO SE CONOCE TODAVÍA: ¿Su consumo de alcohol le ha causado alguna vez problemas psicológicos como hacerle sentir deprimido o ansioso, dificultándole el sueño o causándole «blackouts»?

SI NO SE CONOCE TODAVÍA: ¿Su consumo de alcohol le ha causado alguna vez problemas físicos significativos o han empeorado problemas físicos ya existentes?

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES: ¿A pesar de todo sigue bebiendo?

E12 ¿Ha comprobado que necesitaba beber mucho más para conseguir las sensaciones que quería que cuando empezó a beber por primera vez?

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuánto más?

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Ha comprobado que cuando bebía la misma cantidad obtenía un efecto mucho menor que antes?

E13 ¿Ha tenido alguna vez síntomas de Abstinencia cuando reducía o interrumpía el consumo de alcohol, tales como...

- sudoración o aceleración del corazón?
- temblor de manos?
- sensación de náusea o vómitos?
- sensación de agitación?
- sentirse ansioso?

(¿Y sufrir crisis epilépticas o ver, percibir u oír cosas que no existían realmente?)

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Ha empezado alguna vez el día con una copa para evitar los temblores o el malestar?

(7) se continúa el consumo de alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol (p. ej., continuar bebiendo a pesar de reconocer que una úlcera empeoró por el consumo de alcohol) **E11**

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: **E12**

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: **E13**

(a) dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades:

- hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones
- temblor distal de las manos
- Insomnio
- náuseas o vómitos
- agitación psicomotora
- ansiedad
- crisis comiciales de grand mal (crisis epilépticas)
- alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones

<p>E14 EN CASO DESCONOCIDO ¿Cuándo ocurrieron los [SÍNTOMAS PUNTUADOS «+» ANTERIORMENTE]? ¿ocurrieron todos durante el mismo período de tiempo?)</p>	<p>(b) se toma alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia</p> <p>E14 COMO MINIMO TRES ÍTEMS DE DEPENDENCIA (E7 A E13) SON CODIFICADOS «+» Y OCURREN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 12 MESES</p>
---	--

Si **E14** es codificado «—» (menos de tres ítems de dependencia son «+»), Y previamente se han omitido **E2-E5** (debido a que parecía probable la presencia de Dependencia), regrese a **E2** y compruebe Abuso de alcohol.

Si **E14** es codificado «—» (menos de tres ítems de dependencia son «+») y **E6** es «+» (se cumplen los criterios de Abuso de alcohol, dirijase a **E16**).

<p>E15 EN CASO DESCONOCIDO ¿Ha experimentado [SÍNTOMAS PUNTUADOS «+» ANTERIORMENTE] durante el último mes?</p>	<p>E15 ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</p>
---	--

<p>E16 EN CASO DESCONOCIDO ¿Ha experimentado [SÍNTOMAS DE ABUSO PUNTUADOS «+»] durante el último mes?</p>	<p>E16 ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE ALCOHOL</p>
--	---

Guía del Entrevistador para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos por Abuso y Dependencia al Alcohol del DSM-IV (SCID-VA)

Cobertura Diagnóstica

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos por Abuso y Dependencia al Alcohol del DSM-IV (SCID-VA, Quiroga, 2003), versión extractada y adaptada a partir de la sección de alcohol correspondiente del Módulo E (Trastornos por Consumo de Alcohol) que se encuentra en la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I, First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999), se enfoca únicamente en la sección de la Dependencia del alcohol y Abuso del Alcohol y el diagnóstico se basa en la evaluación de los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Módulo E. Trastornos por consumo de sustancias

A diferencia del Módulo E de la SCID-I, el módulo E de la SCID-VA sólo considera las evaluaciones de los Trastornos por Abuso y Dependencia al Alcohol que cubren los problemas causados por dichos patrones de consumo de alcohol del entrevistado. Por otro lado, los síntomas psiquiátricos (p. ej., «psicosis, depresión, ansiedad» relacionados con los efectos directos de la sustancia en el sistema nervioso central son diagnosticados como trastornos inducidos por sustancias y se localizan en cualquier parte de la SCID-I de acuerdo con la forma de presentación de los síntomas (es decir, Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias en el Módulo A, Trastorno del Estado de Animo Inducido por Sustancias en el Módulo C y Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias en el Módulo F).

Características Generales de la SCID-VA

Sujetos apropiados. El lenguaje y la cobertura diagnóstica hacen que la SCID-VA sea más apropiada para adultos (18 años o más), aunque mediante ligeras modificaciones, puede emplearse con adolescentes. Cualquier persona con una educación equivalente a la de un adolescente de 12 o 13 años deberá entender el lenguaje de la SCID-VA. Algunos individuos con deterioro cognitivo grave, agitación o síntomas psicóticos graves no pueden ser entrevistados mediante la SCID-VA. Ello resulta evidente en los primeros minutos y en esos casos no hay motivo para prolongar la entrevista innecesariamente, ya que es poco probable que obtengamos datos precisos.

Formato de aplicación y de puntuación. La SCID-VA utiliza dos formatos distintos: un Formato de Aplicación reutilizable, que contiene las preguntas de la entrevista y los criterios diagnósticos del DSM-IV y un Formato de Puntuaciones de un solo uso que contiene los criterios diagnósticos del DSM-IV (resumidos) y en el cual el entrevistador anota sus decisiones diagnósticas. Durante la entrevista se utilizan ambos formatos simultáneamente, el Formato de Aplicación para las preguntas de la entrevista y los criterios diagnósticos, y el Formato de Puntuaciones para las puntuaciones. Debajo de cada ítem del Formato de Puntuaciones existe un espacio para que el entrevistador pueda anotar información descriptiva que complementa las puntuaciones diagnósticas. Hay que destacar que no existe una correspondencia directa entre las páginas del Formato de Aplicación y el Formato de Puntuaciones. Por lo tanto, el evaluador tiene que asegurarse de que marca los ítems correctos del Formato de Puntuaciones cuando interroga sobre síntomas del Formato de Aplicación.

Inclusión de preguntas de la Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Antes de empezar a interrogar sistemáticamente para determinar la presencia o ausencia de un determinado criterio del DSM-IV, debe tenerse una visión general de la problemática de consumo del entrevistado, obtenida por medio de preguntas abiertas sobre el consumo actual y los episodios de consumo previos que se encuentran en la de la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP; Quiroga, 2003). Esta visión general proporciona al entrevistado la oportunidad de describir el problema actual con sus propias palabras y permite obtener ciertos tipos de información que pueden o no verse cubiertos al interrogar sobre ciertos criterios diagnósticos específicos (p. ej., tratamientos previos, funcionamiento social y laboral, y el contexto en que se desarrolló la problemática de consumo de alcohol), de tal forma que al final, el entrevistador deberá haber recogido suficiente información para formular un diagnóstico.

Curso diagnóstico. La secuencia de preguntas de la SCID-VA está diseñada para aproximarse al diagnóstico que realiza un entrevistador experto. Dado que los criterios diagnósticos del DSM-IV están incluidos en la SCID-VA y se evalúan a lo largo del proceso de la entrevista, de hecho el entrevistador está contrastando continuamente hipótesis diagnósticas. Hay que destacar que los criterios diagnósticos no se presentan en la misma secuencia que en el DSM-IV, sino que han sido ordenados para que la entrevista resulte más eficaz y más fácil de utilizar.

Se evalúan los criterios diagnósticos y no las respuestas a las preguntas. A pesar de que las preguntas estructuradas están destinadas a ayudar a prescindir de la información diagnóstica, es importante entender que las puntuaciones de la SCID-VA son juicios sobre los criterios diagnósticos y no se corresponden necesariamente con las respuestas del paciente a las preguntas. A pesar de que la mayoría de las preguntas de la SCID-VA pueden responderse con un simple “sí” o “no”, la mayoría de las veces una respuesta afirmativa sin más no constituye información suficiente para que el entrevistador pueda determinar si se cumple un criterio. Suele ser necesario pedir al entrevistado que se explique en detalle o que proporcione ejemplos específicos. Una puntuación positiva sólo es posible si el entrevistador está conforme en que se cumple dicho criterio. A veces ello implica buscar información que lo corrobore por otros medios (es decir, acudiendo a miembros de la familia o a informes previos como a la EDP). En algunos casos puede ser útil leer o parafrasear la descripción del criterio para clarificar el concepto al entrevistado.

En última instancia, el entrevistador debe realizar un juicio clínico y decidir si se cumple un criterio diagnóstico. Si está convencido de que un determinado síntoma se halla presente, no puede aceptar sin reparos la respuesta negativa del entrevistado. En casos excepcionales, un ítem puede ser codificado como presente a pesar de que el entrevistado lo niegue rotundamente (p. ej., un entrevistado afirma que dedicar 2 horas al día a conseguir la sustancia no es “excesivo” ni irrazonable). Lo que es más, si el entrevistador duda de la presencia de un síntoma incluso después de que el entrevistado lo haya descrito, el ítem debe puntuarse como ausente. No es necesario que el entrevistado admita que el síntoma no se haya presente.

Resumen del Diagnóstico. Una vez acabada la entrevista, el entrevistador anota el diagnóstico del DSM-IV en el resumen de diagnóstico de la SCID-VA. El entrevistador indica si el trastorno es “actual” (es decir, todos los criterios diagnósticos se han cumplido en todo momento durante el último mes) y/o “prevalente a lo largo de la vida” (es decir, todos los criterios diagnósticos se han cumplido alguna vez a lo largo de toda la vida del entrevistado). También se pueden marcar determinadas especificaciones.

Fuentes de información. El entrevistador debe utilizar fuentes de información disponibles sobre el entrevistado cuando se realiza la evaluación. Ello puede incluir informes de referencia y observaciones de familiares y amigos. En algunos casos, el entrevistador necesita confrontar al entrevistado con las discrepancias entre sus palabras y otras fuentes de información.

Administración de la SCID-VA

Habitualmente, la SCID-VA se administra en una única sesión y dura entre 20 y 30 minutos, dependiendo de la complejidad de la historia clínica del entrevistado y de la habilidad y experiencia del entrevistador, así como de la capacidad del entrevistado para describir su problemática de forma sucinta.

Procedimiento para evaluar Trastornos por Consumo de Alcohol. La sección acerca del consumo de alcohol empieza con una serie de preguntas de detección o selección para determinar si el patrón de consumo de alcohol del entrevistado es lo bastante importante como para justificar una evaluación detallada de Dependencia y Abuso de alcohol o si por el contrario es insignificante y no requiere una valoración posterior. Debido a que los entrevistados a menudo minimizan (o infravaloran) sus hábitos de bebida, el entrevistador debería omitir la sección sobre alcohol *sólo* si no existe absolutamente ninguna duda de que nunca se haya producido ningún incidente de ingesta excesiva ni se hayan presentado problemas relacionados con el alcohol. Dado que la definición de Abuso de alcohol requiere la existencia de problemas *recurrentes* asociados con el alcohol, el consumo infrecuente pero intenso también puede justificar un diagnóstico de Abuso de alcohol. Como regla empírica, si el entrevistado afirma haber tomado alguna vez más de cuatro copas por ocasión, reconoce haber experimentado alguna vez problemas relacionados con la bebida o admite que otras personas se han quejado de su consumo, entonces debería evaluarse la sección de Trastornos por Consumo de Alcohol.

Debido a que un diagnóstico de Abuso de alcohol sólo es relevante en aquellos individuos cuyo patrón de consumo *no* cumple los criterios de Dependencia de alcohol, podría parecer más lógico evaluar primero la Dependencia. Sin embargo, ya que es de esperar que la mayoría de los individuos que den positivo en este tipo de preguntas de detección con un umbral bajo no presentarán Dependencia de alcohol, la SCID-VA comprueba primero los cuatro criterios de Abuso de alcohol. Si se cumplen los criterios de Abuso, entonces y sólo entonces es necesaria la valoración de los siete criterios de Dependencia. Sin embargo, si la información de la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP, Quiroga, 2003) y de las preguntas de detección sobre el alcohol en el TWEAK, AUDIT o CAGE sugieren que el diagnóstico de Dependencia de alcohol es probable, el entrevistador debería comenzar con las cuestiones sobre Dependencia de alcohol (ítem E7), ya que, si se cumplen los criterios de Dependencia, no es necesario evaluar el Abuso de alcohol. Este diseño minimiza el número total de preguntas relacionadas con el consumo de sustancias que es preciso formular: cuatro preguntas para la mayoría (que han tomado más de cuatro copas en alguna ocasión pero que nunca han sufrido un Trastorno por Consumo de Alcohol), siete preguntas para aquellos que muy probablemente presenten Dependencia y siete preguntas para aquellos pocos que sé hallen en un término medio (es decir, para aquéllos entrevistados que admiten tener algún problema con el alcohol, aunque no lo bastante para sospechar Dependencia, el entrevistador empieza con las cuatro preguntas de Abuso; si se cumplen los criterios de Abuso, se debe proceder con las siete por Dependencia).

Evaluación del Abuso de alcohol

Una puntuación positiva en cualquiera de los ítems de Abuso generalmente depende de que el entrevistado reconozca el problema y se lo diga al entrevistador. Un individuo que que regularmente consume algunas cervezas, martinis o incluso inhalaciones de marihuana durante las comidas pero que niega que ello le haya causado problemas, no puede ser diagnosticado como un caso de Abuso de alcohol. Si el entrevistador sospecha que el entrevistado está minimizando las consecuencias de beber, será necesario abordar el tema con delicadeza (p. eje., «Me resulta difícil creer que estar borracho mientras se trabaja en un tejado no sea peligroso». «¿Está seguro que trabaja UD. Igual que cuando no está borracho? »).

Obsérvese que los problemas enumerados en los criterios deben presentarse en forma repetida para ser codificados positivamente (al menos 2 en un período de 12 meses). Un arresto por conducir borracho no cuenta (a pesar de que es probable que si alguien ha sido multado por conducir bebido lo habrá hecho otras veces sin ser arrestado, por lo cual el criterio A(2) sería codificado positivamente).

Criterio A(1) (ítem E2). Una puntuación positiva en este ítem requiere indicios específicos de que los efectos del consumo de alcohol hicieron que el entrevistado dejara de cumplir una obligación importante en dos ocasiones como mínimo.

Criterio A(2) (ítem E3). Un error común al puntuar este ítem consiste en ser demasiado inclusivo y suponer que cualquier grado de consumo de alcohol en una situación que requiere atención cumple el criterio. El ítem debería ser puntuado positivamente sólo cuando el consumo de alcohol provoca situaciones físicamente peligrosas (p. ej., conducir borracho). Obsérvese que la pregunta entre paréntesis pide al entrevistado que valore su grado de alteración mientras estaba conduciendo (o realizando cualquier otra actividad potencialmente peligrosa. Se puede conceder el beneficio de la duda a alguien que dice, por ejemplo, que es capaz de conducir perfectamente después de haber tomado dos cervezas.

Si bien es ciertamente peligroso estar bebido mientras se va a casa a través de un barrio peligroso o mientras se tienen relaciones sexuales sin protección con desconocidos, estos ejemplos tampoco merecerían una puntuación positiva, ya que la intención de este ítem es puntuar una conducta que sitúa al entrevistado en peligro inmediato debido a que su coordinación o su cognición se vean afectadas por la sustancia.

Criterio A(3) (ítem E4). Este ítem debería puntuarse positivamente sólo si los problemas legales son una consecuencia directa de los efectos del alcohol (p. ej., un arresto por conducta violenta como resultado de una borrachera).

Criterio A(4) (ítem E5). Este ítem es difícil de evaluar cuando el conflicto interpersonal es atribuible a un problema de relación más que a un problema por consumo de alcohol por parte del entrevistado. Por ejemplo, las discusiones sobre un consumo ocasional de alcohol que no causa problemas, iniciadas por un cónyuge que cree que cualquier consumo de alcohol es perjudicial, no merecerían una puntuación positiva.

Evaluación de la Dependencia del alcohol

Los criterios se han reordenado con respecto al DSM-IV para facilitar su uso.

Criterio A(3) (ítems E7). La intención de este ítem consiste en detectar los intentos fallidos del entrevistado de poner límites a su consumo de alcohol (p. ej., «Sólo beberé unas cervezas y luego me iré a casa» o «Pararé en el bar sólo media hora»). Obsérvese que el hecho de rebasar estos límites autoimpuestos (p. ej., el entrevistado termina bebiendo varias cajas o se queda en el bar durante horas) deben ocurrir *con frecuencia* para ser codificados positivamente. Existe una cierta paradoja en la evaluación de este ítem, así como en el criterio A(4). Para que se pueda cumplir, el paciente debe haber desarrollado suficiente introspección con respecto a sus problemas con la bebida para desear controlar su consumo. Por tanto, este ítem es difícil de evaluar en alguien que presente un patrón de consumo muy marcado pero que niegue la necesidad de tener que controlar o reducir su consumo. Por ejemplo, es improbable que los consumidores habituales de Alcohol intenten reducir o controlar su consumo, ya que creen que el alcohol es inofensivo.

Criterio A(4) (ítems E8). Este ítem describe intentos infructuosos de reducir o controlar el consumo de bebida durante un período largo de tiempo (semanas, meses o años) en contraste con planear el consumo de alcohol durante una sola noche.

Criterio A(5) (ítems E9). Este ítem de tres partes se refiere a las diferentes maneras en que el consumo de alcohol puede convertirse en el foco central de la vida del entrevistado. Es especialmente variable debido a las diferencias de coste, accesibilidad, legalidad y patrones típicos de consumo en particular. Por ejemplo, el coste elevado, la necesidad diaria y la relativa inaccesibilidad de los puede hacer que el entrevistado esté totalmente volcado en la tarea diaria de conseguirlos. Por el contrario, es menos probable que este ítem se aplique debido a su bajo coste, su fácil accesibilidad y su patrón típico de consumo intermitente.

Criterio A(6) (ítem E10). El caso típico de este ítem es el borracho callejero que ha abandonado todas las actividades no asociadas con la bebida. También se puede aplicar, por ejemplo, a un atleta amateur que ha dejado de practicar el deporte debido al consumo de alcohol, o a una persona que deja de ver a sus mejores amigos y sale con un grupo de consumidores de alcohol.

Criterio A(7) (ítem E11). Este ítem pretende evaluar un patrón de consumo compulsivo del alcohol y no se refiere meramente a las consecuencias físicas y psicológicas de consumirla. Para reunir los requisitos para una puntuación positiva; el entrevistado debe comprender que sus problemas físicos y psicológicos son provocados por el alcohol y aún así es incapaz de dejar o reducir el consumo de forma significativa. Ejemplos de problemas físicos incluyen la cirrosis causada por el alcohol. Ejemplo de problema psicológico es la agresividad inducida por el alcohol con peleas frecuentes.

El efecto físicamente nocivo más frecuente del alcohol es la resaca. Cuando las resacas son graves y frecuentes pero el entrevistado sigue consumiendo alcohol, se justifica una codificación positiva de este ítem.

Criterio A(1) (ítem E12). Toda persona que bebe desarrolla cierta tolerancia desde el momento en que comienza a experimentar con el alcohol en la adolescencia. Este ítem pretende detectar aquellos casos en que la tolerancia ha aumentado de forma marcada

desde el momento en que se empieza a beber regularmente hasta un período posterior (p. ej., «Yo solía emborracharme con tres cervezas. Ahora puedo beber hasta dos cajas de seis y no me emborracho»). El desarrollo de tolerancia es muy frecuente en el consumo de alcohol).

Criterio A(2) (ítem E13). La abstinencia al alcohol se caracteriza por el desarrollo de un síndrome de abstinencia característico específico, después de eliminar o reducir la cantidad de alcohol. En algunos casos, el entrevistado no permite que se desarrolle el síndrome de abstinencia, ya que vuelve a tomar más cantidad de alcohol anticipando el inicio de los síntomas de abstinencia.

Confiabilidad y validez

Tradicionalmente, los instrumentos de evaluación van acompañados de datos que indican su «confiabilidad» y «validez». La confiabilidad de los instrumentos de valoración diagnóstica se determina generalmente comparando la concordancia entre evaluaciones independientes realizadas por dos o más entrevistadores sobre un grupo de sujetos. Los resultados suelen expresarse mediante una unidad estadística *kappa*, que tiene en cuenta la concordancia debida al azar (Spitzer y cols., 1967). Debido a que la SCID-VA no constituye una entrevista completamente estructurada y exige el juicio clínico del entrevistador, la fiabilidad de la SCID depende en gran medida de las circunstancias específicas en que se emplea.

Un elevado número de estudios que usan la SCID centrándose en grupos diagnósticos particulares han obtenido valores kappa desde 0.70 hasta 1.00. Estos estudios usaron entrevistas por parejas grabadas en video para determinar su confiabilidad) Segal y cols., 1993, 1994 y 1995; Strakowski y cols., 1993 y 1995; Stukenberg y cols., 1990).

La validez de una técnica de evaluación diagnóstica (validez de procedimiento) se refiere al consenso entre los diagnósticos obtenidos mediante dicha técnica con respecto aun modelo ideal. Por desgracia, no existe ningún modelo ideal para los diagnósticos psiquiátricos. Existen dificultades obvias en el uso de diagnósticos clínicos convencionales a modo de estándar, puesto que las entrevistas estructuradas han sido especialmente diseñadas para reducir las limitaciones propias de la entrevista clínica no estructurada. En un estudio con drogadictos realizado por Kranzler y cols. (1995), los diagnósticos obtenidos mediante la SCID mostraron una validez superior en comparación con la entrevista clínica estándar de ingreso.

Formato a dos columnas. En el Formato de aplicación se incluyen preguntas de la entrevista con los criterios diagnósticos en un formato a dos columnas. En la columna de la izquierda se hallan las preguntas de la entrevista (en minúsculas) y las directrices para el entrevistador (en mayúscula). La columna de la derecha contiene los criterios diagnósticos del DSM-IV que se corresponden con las preguntas de la entrevista.

Puntuaciones en dos columnas. El entrevistador anota las puntuaciones diagnósticas del formato a dos columnas en la columna de la derecha del Formato de Apuntes. Cada criterio se codifica en el Formato de Puntuaciones como «?», «—» o «+». A continuación se presenta la explicación de cada puntuación:

? = Información insuficiente para codificar el criterio como «—» o «+»

Se emplea un «?» cuando la información es insuficiente para obtener una puntuación definitiva. Por ejemplo, al puntuar el ítem “tolerancia” se debe anotar «?» cuando el entrevistado no puede recordar si incrementó la cantidad de sustancia en orden de experimentar los mismos efectos. Cuando la información diagnóstica es dudosa también se anota un «?» para indicar incertidumbre (p. ej., el entrevistado niega haber tenido alucinaciones pero lo han visto hablando solo de una forma que sugiere que oye voces).

Cuando la información posterior permite recodificar el criterio, el «?» se tacha y se marca la puntuación correcta. Esta información posterior puede provenir de otras fuentes, o bien el mismo entrevistado en una fase más avanzada de la entrevista. En algunos casos, sin embargo, tal vez no sea posible obtener la información necesaria y el ítem debe puntuarse finalmente como «—».

«—» = Subumbral o falso

Subumbral. El síntoma descrito en el criterio se halla ausente o está por debajo del umbral diagnóstico especificado en el criterio (p. ej., el criterio E(13) Abstinencia se puntúa como «—» si no existe algún síntoma correspondiente, o si éstos no son lo bastante intensos para ser observados por otras personas).

Falso. La afirmación del criterio es falsa (p. ej., sólo se halla presente uno de los cinco síntomas necesarios).

+ = Umbral o verdadero

Umbral. El umbral del criterio apenas se cumple (p. ej., el paciente afirma consumir alcohol desde hace 2 semanas) o se cumple sobradamente (p. ej.,- el paciente afirma consumir alcohol desde hace meses).

Verdadero. La afirmación del criterio es verdadera (p. ej., se codifican «+» los criterios A, B, C y D).

Instrucciones de salto. Las instrucciones de salto controlan el flujo diagnóstico de la entrevista, obligando al entrevistador a saltar a una sección diferente de la SCID-VA. Estas instrucciones de salto se hallan en recuadros que se extienden a través de toda la página. Según el contenido de la instrucción de salto, el entrevistador puede (o no) recibir la instrucción de saltar a otro ítem de la SCID-VA. Siempre se debe tener en cuenta si existen instrucciones de salto. En caso contrario, el entrevistador debe proceder a la siguiente pregunta (ítem).

Hay que recordar que, siempre que se salta hacia delante en la Forma de Aplicación, hay que hacer lo mismo en la Forma de Puntuaciones. Para facilitar el proceso, el código del ítem de destino se incluye en el recuadro situado debajo de la puntuación «—» en la columna de la derecha de la Forma de Puntuaciones. Es preciso tener en cuenta, sin embargo, que el número de página que se halla debajo del código del ítem se refiere a la Forma de Puntuaciones y no a la Forma de Aplicación. Hay diferentes lugares de la SCID-VA en que aparecen instrucciones de salto con el siguiente objetivo:

- *Saltarse u omitir la evaluación del trastorno cuando ya no se pueden cumplir los criterios.* Las instrucciones de salto se introducen en la valoración de un conjunto de criterios con objeto de minimizar el número de preguntas necesarias para formular un juicio diagnóstico. Si una determinada puntuación hace imposible que se cumplan los criterios diagnósticos, el evaluador recibe instrucciones para pasar a la evaluación del siguiente trastorno.

Prevalencia a lo largo de la vida. La pregunta inicial para cada diagnóstico generalmente comienza con <¿Ha tenido alguna vez...? Con objeto de preparar al entrevistado para interrogarle la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno. Una vez que el entrevistador ha determinado si se han cumplido los criterios de un trastorno, la sección finaliza con una pregunta destinada a ayudar al entrevistador a establecer si los criterios se han cumplido en el último mes (p. ej., ¿ha tenido [SINTOMAS DE ABSTINENCIA] en el último mes?»). Si se han cumplido todos los criterios en el último mes, el clínico debe anotarlo marcando el correspondiente ítem en la Forma de Puntuaciones (p. ej., E13) así como en el Recuadro <actualmente> del trastorno correspondiente *en la sección de resumen de diagnóstico* de la Guía del Entrevistador.

Preguntas formuladas textualmente. Las preguntas que no se hallan entre paréntesis deben formularse textualmente a cada entrevistado. Las únicas excepciones a esta regla básica de la SCID-VA las constituyen aquellos casos en que el entrevistado ya ha proporcionado la información necesaria en fases anteriores de la entrevista SCID-VA. Por ejemplo, si durante la Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDA) el entrevistado afirmó que su motivo para acudir a tratamiento son sus problemas de alcohol desde hace un par de meses, entonces el entrevistador no le formularía textualmente la pregunta inicial del módulo E “En el mes pasado, ¿ha habido algún periodo de tiempo en que consumiera alcohol?”. En estos casos, sin embargo, el entrevistador NO debe dar por hecho sin más que el síntoma se halla presente y codificar el ítem positivamente sin realizar preguntas para confirmarlo, ya que podría ser que algún aspecto del criterio no se hubiese explorado adecuadamente (p. ej., duración). En vez de ello, el evaluador debe confirmar la información ya obtenida parafraseando la pregunta original (p. ej., diciendo «Ud. ya me ha dicho que ha consumido alcohol durante durante el último par de meses. ¿Hubo algún periodo de 2 semanas en que consumiera?»).

Preguntas entre paréntesis. Las preguntas entre paréntesis deben formularse cuando sea necesario aclarar respuestas. Ello no implica que la información que se desea obtener y para la cual se ha formulado la pregunta sea de menor importancia. Por ejemplo, la pregunta sobre el primer ítem de un Episodio de Consumo Excesivo en las 2 últimas semanas presenta entre paréntesis las palabras «en las últimas dos semanas?». Esto indica que, si el paciente ya ha comentado el intervalo de 2 semanas, no será necesario preguntarle si se dio en el último mes. Sin embargo, la duración de en el último mes sigue siendo un requisito crucial para puntuar este síntoma positivamente. Además el entrevistador es libre de añadir todas las preguntas que considere necesarias para confirmar la validez de la evaluación.

«PROPIAS PALABRAS.» Muchas preguntas contienen la expresión «PROPIAS PALABRAS» entre paréntesis. Con ello se indica que el entrevistador puede modificar la pregunta utilizando las propias palabras del entrevistado para describir un síntoma concreto. Por ejemplo, si el entrevistado se refiere a un Episodio de Abstinencia como «he tenido crudas», el evaluador debe reformular la pregunta «¿ha tenido resacas/PROPIAS PALABRAS?» convirtiéndola en «¿ha tenido crudas?».

Proporcionar información descriptiva. El entrevistador debe pedir al entrevistado que proporcione detalles específicos sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas para aumentar la validez de las puntuaciones de los criterios. Esta información debe registrarse en la Forma de Puntuaciones de la SCID-VA (en el espacio para «notas» que se proporciona para cada criterio) con objeto de documentar el material utilizado para justificar la puntuación del entrevistador. Si esta información proviene de la historia clínica o de otros informadores, también debe anotarse la fuente en la Forma de Puntuaciones de la SCID-VA.

Cláusulas múltiples. Obsérvese que algunos de los ítems consisten en dos o más cláusulas. En las cláusulas coordinadas por «o» (p. ej., el alcohol a menudo se ingiere en mayor cantidad O durante más tiempo de lo previsto), se obtiene una puntuación positiva para el conjunto del ítem si CUALQUIERA de las dos cláusulas se considera verdadera.

Recomendaciones

1. Cíñase a las preguntas iniciales tal como están redactadas, salvo pequeñas modificaciones para hacer referencia a lo que el paciente acaba de decir, o para solicitar más detalles y aclaraciones.
2. NO formule sus propias preguntas iniciales por creer que conoce una forma mejor de obtener la misma información. La escasa ventaja que pueda alcanzar podría tener un efecto contraproducente en el significado de la pregunta. Se ha prestado una gran atención a la redacción exacta de las preguntas, las cuales funcionan prácticamente en todos los casos.
3. formule preguntas adicionales aclaratorias para obtener detalles utilizando las propias palabras del paciente, como: «¿Puede hablarme de ello?» o «¿Quiere decir que...?».
4. NO utilice la entrevista como una lista de comprobación de síntomas o un test verdadero / falso.
5. Asegúrese de que el ítem que está codificando en la Forma de Puntuaciones corresponde a la pregunta de la Forma de Aplicación.
6. NO salte a otro ítem de la Forma de Aplicación sin hacer lo mismo en la Forma de Puntuaciones
7. Use su propio criterio sobre un síntoma, considerando toda la información disponible y confrontando al entrevistado (con delicadeza, por supuesto con las respuestas que se contradicen con otra información.
8. NO acepte automáticamente una respuesta del entrevistado si se contradice con otra información o cree no es válida.
9. Asegúrese de que el entrevistado entiende lo que le está preguntando. Tal vez sea necesario repetir o reformular sus palabras, o preguntar al entrevistado si le ha entendido. En algunos casos puede ser útil describir el síndrome completo sobre el que se está interrogando.
10. NO use palabras o jerga que el entrevistado no entienda.
11. Asegúrese de que el entrevistado y usted se están refiriendo al mismo (y correcto) periodo de tiempo para cada pregunta.
12. No dé por hecho que los síntomas que el entrevistado describe coinciden en el tiempo, a menos que haya aclarado el periodo. El paciente puede estar hablando sobre un síntoma que ocurrió 1 año *antes* o que apareció la semana pasada, cuando usted desea que se centre en síntomas que ocurrieron conjuntamente durante un período de 1 mes.

13. Céntrese en obtener la información para evaluar todas las peculiaridades del criterio que está considerando. Como ya se ha indicado antes, ello puede requerir preguntas adicionales.
14. NO se centre sólo *en* obtener respuestas a las preguntas de la SCID-VA.
15. Conceda al paciente el beneficio de la duda sobre un síntoma psicótico dudoso puntuando negativamente.
16. NO considere delirante una creencia religiosa aceptada por una subcultura o una idea sobrevalorada. NO confunda rumiaciones con alucinaciones auditivas.
17. Asegúrese de que cada síntoma marcado como presente es diagnósticamente significativo.
18. Preste atención a las dobles negaciones, especialmente en los criterios de exclusión.

La SCID-VA considera la obtención de datos demográficos básicos, historial académico e historial laboral por medio de la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP, Quiroga, 2003). Obsérvese que las preguntas no aparecen en la Forma de Aplicación, sino tan sólo en la Forma de Puntuaciones, con un espacio al lado de cada pregunta para que el evaluador escriba las respuestas. Estas preguntas, a la vez que facilitan el entendimiento con el entrevistado antes de las preguntas potencialmente más difíciles sobre sintomatología, también proporcionan un primer indicio sobre los efectos de psicopatologías anteriores sobre el funcionamiento. Las demás partes se dividen en secciones que cubren la naturaleza de la problemática o exacerbación actuales.

Referencias

- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.W. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-CV) Versión Clínica. Masson, S.A. Barcelona, España.
- Kranzler., H.R., Ronald, M.N., Burleson., J.A., et al. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: is the interview more important than the interviewer? *Comparative Psychiatry*, 36, 278-288.
- Quiroga, A.H. (2003). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para Seleccionar y Derivar a Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol a los Tratamientos Específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Segal, D.L., Hersen, M., Van Hasselt, V.B, et al. (1993). Reliability of diagnoses in older psychiatric patients using the structured clinical interview for DSM-III-R. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 347-356.
- Segal, D.L., Hersen, M., Van Hasselt, V.B. (1993). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comparative Psychiatry*, 35, 316-327.
- Segal, D.L., Kabacoff, R.I., Hersen, M, et al. (1995). Update on the reliability of diagnoses in older psychiatric patients using the structured clinical interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 313-321.
- Spitzer, R.L., Cohen, J., Fleiss, J.L., et al. (1967). Quantification of agreement in psychiatric diagnosis: a new approach. *Archives of General Psychiatry*, 17, 83-87.
- Strakowsky, S.M., Tohen, M., Stoll, A.L., et al. (1993). Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 150, 752-757.
- Strakowsky, S.M., Keck, P.E., McElroy, S.L., et al. (1995). Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Comparative Psychiatry*, 36, 106-112.
- Stukenberg, K.W., Dura, J.R., Kiekolt-Glaser, J.K. (1990). Depression screening scale validation in an elderly, community-dwelling population. *Psychological Assessment*, 2, 134-138.

15. ¿Bebe todo el día? a) No b) Si
16. Después de haber bebido en exceso, ¿tiene pensamientos o ideas confusas o poco claras?
a) No b) Sí, por unas horas
c) Sí, por uno o dos días d) Sí, por muchos días
17. Como resultado de beber, ¿ha sentido que su corazón late rápidamente?
a) No b) Una Vez c) Varias veces
18. ¿Piensa constantemente en beber y en las bebidas?
a) No b) Si
19. Como resultado de beber ¿ha escuchado cosas que no existen?
a) No b) Una Vez c) Varias veces
20. ¿Ha tenido miedo y sensaciones extrañas cuando bebe?
a) No b) Una o dos veces c) A menudo
21. Como consecuencia de beber, ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo y que en realidad no existen? (por ejemplo: arañas, bichos).
a) No b) Una Vez c) Varias veces
22. En relación con las lagunas mentales o pérdidas de memoria:
a) Nunca he tenido una laguna mental.
b) He tenido lagunas mentales que han durado menos de 1 hora.
c) He tenido lagunas mentales que han durado varias horas.
d) He tenido lagunas mentales que han durado 1 día o más.
23. ¿Ha tratado de dejar de beber pero no ha podido?
a) No b) Una Vez c) Varias veces
24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?
a) No b) Si
25. Después de tomar una o dos bebidas ¿puede dejar de beber?
a) Si b) No

Antecedentes

La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) fue desarrollada originalmente por Skinner y Allen (1982). Es una escala compuesta de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubre síntomas de abstinencia, deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y saliencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Es ampliamente empleada como una herramienta clínica y de investigación.

La EDA fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio llamado Inventario de consumo de alcohol desarrollado por Horn y Wanberg en 1969. Se utiliza para población de bebedores problema adultos y se aplica a personas que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide desde ausencia de dependencia medía hasta dependencia severa. Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna, así como validez para medir dependencia. Parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia, sin embargo, hasta el momento pocos estudios se han hecho con esta finalidad.

Descripción del instrumento

En 1981 Skinner identificó un factor general en el Inventario de consumo de alcohol que correspondía al Síndrome de dependencia definido por Edwards y Gross (1976). El factor de dependencia identificado por Skinner está compuesto por cuatro escalas que se encontraban en el Inventario de consumo de alcohol, y son: pérdida del control conductual, síntomas de retiro psicofisiológicos, síntomas de retiro psicoperceptuales y estilo obsesivo-compulsivo para beber. Una evaluación inicial de la EDA se realizó utilizando 29 reactivos que median los cuatro factores anteriormente nombrados (Skinner y Allen, 1982). Una versión final publicada en 1984 eliminó siete reactivos y añadió tres, dejando una versión formada por 25 ítems. La mayoría de los ítems se califican en una escala de tres puntos, se incluyen varios reactivos dicotómicos (sí/no), y algunos de cuatro puntos.

Características psicométricas de la EDA

El estudio realizado por Skinner y Allen (1982) con una muestra de 225 personas que solicitaban tratamiento (edad promedio de 38 años; 20 por ciento mujeres). En este estudio se utilizó la versión original de la EDA con 29 reactivos y no la revisión con 25 reactivos. La versión revisada de la EDA correlacionó muy alto con la versión original ($r = 0.96$) de ahí que se pueda considerar que los datos reportados por Skinner y Allen con la versión original se puedan generalizar a la versión de 25 reactivos. Más información sobre validación de este instrumento se encuentra en los siguientes estudios: (Wanberg, Horn y Foster, 1977) con 2,000 personas que asistían a un tratamiento de consulta interna (20 por ciento mujeres). Un estudio realizado por Skinner y Horn en 1984, basándose en análisis de datos de un programa de tratamiento de consumo controlado. Sánchez-Craig, 1980; quien utilizó este instrumento con 70 bebedores problema (26 por ciento mujeres, con una media de edad de 35 años). Un estudio con 268 hombres admitidos en un tratamiento (edad promedio 46 años) (Kivlahan, Sher y Donovan, 1989).

Confiabilidad: Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), basándose en el estudio de Wanberg et al. (1977). Ellos utilizaron el Inventario de consumo de alcohol y estimaron la confiabilidad test-retest en 0.92, utilizando 76 personas a

las que se les aplicó nuevamente el instrumento después de una semana de terapia. La consistencia interna es alta tanto en el trabajo de Skinner en 1982 ($\alpha = 0.92$) como en el de Kivlahan *et al.* (1989) ($\alpha = 0.85$).

Validez: Esta escala, como ya se dijo, es un instrumento derivado de una escala mayor y no fue desarrollada con el objetivo de medir dependencia al alcohol. Ha sido criticada por darle importancia a aspectos fisiológicos de la dependencia y no reflejar lo que Edwards y Gross han definido como el Síndrome dependencia al alcohol (Davidson, 1987; Stockwell, 1985). Sin embargo, la Escala de dependencia al alcohol, según parece, cubre la mayoría de eventos asociados con la dependencia.

Los trabajos de Skinner y Allen (1982) y de Ross *al.* (1990) demostraron que la EDA se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$ 0.79), a pesar que el MAST mide consecuencias asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia. La escala también se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM-III ($r = 0.58$; Ross *et al.* 1990).

Otros datos de validez de la EDA se han obtenido la relación que se encuentra entre resultados de esta escala con otras variables. Aquellas personas que puntuaban como más dependientes en la EDA tienden a tener más problemas físicos (Ross *et al.*, 1990; Skinner y Allen, 1982), más problemas médicos (Skinner y Allen, 1982) y más problemas legales (Kivlahan *et al.*, 1989). Existe evidencia que los puntajes de la EDA se asocian con la percepción subjetiva del paciente relacionada con su habilidad para controlar su consumo de alcohol. Skinner y Allen agruparon a los clientes en cuatro niveles de dependencia, basándose en los puntajes obtenidos en la EDA y encontraron que niveles mayores de dependencia al alcohol se asociaban significativamente con la respuesta de no poder controlar su consumo ($\chi^2 = 45$), con la creencia de que la única forma de mejorar es abstenerse ($\chi^2 = 18$), y con el concepto de identificarse con un alcohólico ($\chi^2 = 29$).

Algunos estudios con la EDA se han fijado en la habilidad de este instrumento para predecir conformidad y éxito del tratamiento. Sin embargo, se requiere más investigación en esta área.

Administración, Calificación e Interpretación de la EDA

La Escala de dependencia al alcohol puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada.

Las instrucciones que se le dan al entrevistado son:

1. Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol en los últimos 12 meses.
2. Lea cuidadosamente cada pregunta así como la posible respuesta. Conteste cada pregunta encerrando en un círculo la opción que usted juzgue correcta.

3. La palabra *alcohol* o *bebida* se refiere a las bebidas con contenido alcohólico.
4. Por favor, conteste todas las preguntas. Trabaje con cuidado, sin importar el tiempo que necesite para contestarlo.
5. Si tiene alguna dificultad o duda al contestar el cuestionario, por favor pregunte al entrevistador.

Los 25 reactivos se pueden calificar de la siguiente forma:

1. Cuando la respuesta está dada en una escala de 3 puntos, el puntaje sería:
a = 0 b = 1 c = 2
2. Cuando la respuesta está dada en una escala de 2 puntos, el puntaje sería:
a = 0 b = 1
3. Cuando la respuesta está dada en una escala de 4 puntos, el puntaje sería:
a = 0 b = 1 c = 2 d = 3

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 51 puntos.
La suma de los puntajes para cada pregunta arroja el puntaje final

0 = No hay Evidencia de Dependencia
 1-13 = Nivel de Dependencia Leve o Baja (1er. Cuartil)
 14-21 = Nivel de Dependencia Moderada (2do. Cuartil)
 22-30 = Nivel de Dependencia media o sustancial (3er. Cuartil)
 31-51 = Nivel de Dependencia Severo (4to. Cuartil)

Bibliografía

- Babor, T.F, N.L Cooney, N.L., & Laurenman, R.J. (1987). "The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behavior: An empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts", en *British Journal of Addiction*, 82,
- Davidson, R. (1987). "Assessment of the alcohol dependence syndrome: A review of self-report screening questionnaires", en *British Journal of Clinical Psychology*, 26,
- Edwards, G. & Gross, M.M. (1976). 'Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome', en *British Medical Journal*, 1.
- Horn, J.L & Wanberg, K.W (1969). 'Symptom patterns related to excessive use of alcohol', en *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30.
- Kivlahan, D.R., Sher, K.J., & Donovan, D.M. (1989). "The alcohol dependence scale: A validation study among inpatient alcoholics", en *Journal of Studies on Alcohol*, 50.
- Ross, H.E., Gavin, D.R., & Skinner, H.A. (1990). 'Diagnostic validity of the MAST and the Alcohol dependence scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders', en *Journal of Studies on Alcohol*, 51.
- Sanchez-Criag, M. (1980). "Random assignment to abstinence or controlled drinking in a cognitive behavioral program: Short term effects on drinking behavior, en *Addictive Behaviors*, 5.
- Selzer, M. L. (1971). "The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument", en *American Journal of Psychiatry*, 127.
- Skinner, H.A. (1981). "Primary syndromes of alcohol abuse: Their measurement and correlates", en *British Journal of Addiction*, 76,
- Skinner, H.A. & Allen, B.A. (1982). "Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation, en *Journal of Abnormal Psychology* 91.
- _____ & Horn, J. L. (1984). *Alcohol dependence scale (ADS): User's guide*, Addiction Research Foundation, Canada.
- Wanberg, K.W., Horn, J.L., & Foster, F.M. (1977). "A differential assessment model of alcoholism: The scales of the Alcohol use inventory, en *Journal of Studies on Alcohol*, 38.

CAF*
Cuestionario del Árbol Familiar
para Evaluar la Historia Familiar de Problemas de Alcohol

Participante: _____ . FECHA: ____/____/____
Día Mes Año

INSTRUCCIONES: Para cada pariente enlistado a continuación, queremos que categorice su conducta de consumo de alcohol en una de cinco categorías. Sólo incluya a parientes consanguíneos; esto es, parientes por nacimiento. No se deberá a incluir a familiares adoptados, medio-hermanos o a familiares políticos.

CODIFIQUE A CADA FAMILIAR EMPLEANDO UNO DE LOS SIGUIENTES CÓDIGOS:

1. **NUNCA CONSUMIÓ:** Persona que nunca ha consumido bebidas alcohólicas (p. ej., un abstemio de por vida).
2. **BEBEDOR SOCIAL:** Persona que consume alcohol de manera moderada y del que no se sabe que tenga un problema de ingesta de alcohol.
3. **BEBEDOR PROBLEMA POSIBLE:** Persona que usted considera o se le informó que podría haber tenido un problema de consumo de alcohol, pero del que usted no está seguro que haya tenido un problema de ingesta de alcohol.
4. **BEBEDOR PROBLEMA DEFINITIVO:** Sólo incluya en esta categoría a personas que se sabe han recibido tratamiento para un problema de consumo de alcohol (incluyendo a quienes han sido miembros regulares de Alcohólicos Anónimos), o a quienes se sabe han experimentado diversas consecuencias negativas debido a su consumo.
5. **NO PARIENTE:** Sólo aplicable para hermanos y hermanas.
6. **NO SE/NO RECUERDO**

Abuela Materna (Mamá de mi mamá)	Abuela Paterna (Mamá de mi papá)	Abuelo Materno (Papá de mi mamá)	Abuelo Paterno (Papá de mi Papá)
(1) _____	(2) _____	(3) _____	(4) _____
└──────────────────┘		└──────────────────┘	
Mamá		Papá	
(5) _____		(6) _____	
└──────────────────────────────────┘			
YO			
Sus Hermanos		Sus Hermanas	
(7) _____	(8) _____	(9) _____	(10) _____
(11) _____	(12) _____	(13) _____	(14) _____

*Traducido y adaptado al español por Horacio Quiroga Anaya del original en lengua inglesa de Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B., y Hart, D.M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67, y de Sobell, L. C y Sobell, M. B. (2003). Family Tree Questionnaire FTQ). Assessment of Family History of Alcohol Problems. Nova Southeastern University, Center for Psychological Studies, Guided Self Change Clinic, Fort Lauderdale, Florida.

DESCRIPCIÓN BREVE

El Cuestionario del Árbol Familiar (CAF) para Evaluar la Historia de Problemas de Alcohol es un cuestionario breve y de fácil administración que puede ser empleado para evaluar la historia familiar de problemas de alcohol. El cuestionario les proporciona a los examinados un conjunto consistente de claves para que identifiquen a sus parientes consanguíneos que tienen problemas de alcohol, al emplear un diagrama de un árbol familiar para parientes. Se ha evaluado la confiabilidad de los parientes paternos y maternos a nivel de primer (hermanos y padres) y segundo grado (abuelos, tíos, tías) de muestras de examinados alcohólicos y no-alcohólicos y los resultados han señalado que ambos pueden clasificar de manera confiable a sus parientes como alcohólicos o bebedores problema en un test-retest de dos semanas de intervalo (Mann, Sobell, & Sobell, 1985; Vogel-sprott, M.D., Chopperfield & Hart, 1985).

POBLACION OBJETIVO: Poblaciones adultas de bebedores de alcohol.

ASPECTOS DE ADMINISTRACION

- 1) Número de ítems: El número de respuestas depende de le número de parientes de primera y segunda generación.
- 2) Número de escalas: no aplicable.
- 3) Formatos: a) Lápiz y papel auto-administrado.
b) Administrado por un entrevistador.
- 4) Tiempo requerido para su administración: Alrededor de 5 minutos.
- 5) Personal que lo administra: a) Investigador o clínico
b) Auto-administrado por el paciente o el cliente.
- 6) Entrenamiento requerido para su administración: No.
- 7) Comentarios: Ninguno.

CALIFICACION

Tiempo requerido para su calificación/interpretación: 2 a 3 minutos para contar el número de parientes con historia familiar positiva y con historia familiar negativa. A los examinados se les solicita que clasifiquen a sus **PARIENTES CONSANGUÍNEOS** por parte del lado de su madre y padre en una de las siguientes categorías: (1) **NUNCA CONSUMIÓ:** Persona que nunca ha consumido bebidas alcohólicas (p. ej., un abstemio de por vida). (2) **BEBEDOR SOCIAL:** Persona que consume alcohol de manera moderada y del que no se sabe que tenga un problema de ingesta de alcohol. (3) **BEBEDOR PROBLEMA POSIBLE:** Persona que usted considera o se le informó que podría haber tenido un problema de consumo de alcohol, pero del que usted no está seguro que haya tenido un problema de ingesta de alcohol. (4) **BEBEDOR PROBLEMA DEFINITIVO:** Sólo incluya en esta categoría a personas que se sabe han recibido tratamiento para un problema de consumo de alcohol (incluyendo a quienes han sido miembros regulares de Alcohólicos Anónimos), o a quienes se sabe han experimentado diversas consecuencias negativas debido a su consumo. (5) **NO PARIENTE:** Sólo aplicable para hermanos y hermanas. (6) **NO SE/NO RECUERDO.**

No hay un puntaje determinado, normas disponibles, calificación computarizada ni interpretación. La confiabilidad test-retest del método del árbol familiar para evaluar la historia familiar de problemas de alcohol resulta satisfactorio para los propósitos clínicos y de investigación. Al emplear criterios liberales (p. ej. saber que un pariente es un bebedor problema) proporciona una base más sensible para el diagnóstico de los problemas de alcohol de los parientes, que el empleo de criterios más estrictos (p. ej., alcohólico). Se ha demostrado que el Cuestionario del Árbol Familiar cuenta con confiabilidad satisfactoria con abusadores de alcohol y consumidores normales. Se han realizado estudios de validez predictiva, los cuales proporcionan evidencia de que los abusadores de alcohol tienen un mayor número de parientes con historia familiar positiva que los que no abusan del alcohol.

UTILIDAD CLÍNICA DEL INSTRUMENTO

La historia familiar de problemas de alcohol es una variable importante dentro de la investigación y el tratamiento del alcohol. El Cuestionario del Árbol Familiar es un cuestionario breve y fácil de administrar que puede ser empleado para obtener información, a partir de los autoreportes de los sujetos, sobre los problemas de alcohol de sus parientes de primer y segundo grado. Los sujetos clasifican a sus parientes en uno de varios grupos de posibles bebedores que van desde abstinentes de por vida, hasta bebedores problema en definitiva.

APLICABILIDAD EN LA INVESTIGACION

El instrumento puede ser empleado en estudios de investigación para obtener información de los sujetos participantes sobre la historia de problemas de alcohol de sus parientes de primer y segundo grado.

REFERENCIAS

- Mann, R.E., Sobell, L.C., Sobell, M.B., & Hart, D.M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Vogel-Sprott, M.D., Chipperfield, B., & Hart, D.M. (1985). Family history of problem drinking among young male social drinkers: reliability of the family tree questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 16, 251-256.
- Worobec, T.G., Turner, W.M., O'Farrell, T.J., Cutter, H.S., Bayog, R.D., & Tsuang, M.T. (1990). Alcohol use by alcoholics with and without a history of parental alcoholism. *Alcoholism*, 14, 887-892.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, W.R. Miller, & J. Greeley (Eds.). *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 198-242). New York: Maxwell MacMillan.
- Hodgins, D.C. & Shimp, L. (1995) Identifying adult children of alcoholics: Methodological review and a comparison of the CAST-6 with other methods. *Addiction*, 90, 255-267.

IPAR*

Índice de Problemas de Alcohol Rutgers

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
 FECHA: _____ GRUPO: _____
 NOMBRE DEL APLICADOR: _____

Cuando las personas están bebiendo ALCOHOL les ocurren diferentes cosas como consecuencia de dicho consumo. Algunas de estas cosas se enlistan a continuación. Indique por favor en cuantas ocasiones le sucedió a usted durante el último año mientras se encontraba bebiendo ALCOHOL o como resultado de haberlo ingerido. Para efectuar sus respuestas empleé el siguiente código:

- 0 = Nunca
- 1 = 1 - 2 veces
- 2 = 3 - 5 veces
- 3 = 6 - 10 veces
- 4 = Más de 10 veces

INSTRUCCIONES: Circule el número que corresponde a la frecuencia de ocasiones en que ha experimentado cada problema. En casos especiales, las preguntas pueden ser leídas, en voz alta, por el entrevistador a los usuarios que presenten problemas de lectura.

¿En cuántas ocasiones le sucedieron las siguientes cosas cuando se encontraba consumiendo alcohol o como resultado de haberlo ingerido durante el <i>último año</i> ?	RESPUESTA				
1. No ser capaz de hacer su tarea o estudiar para un examen.	0	1	2	3	4
2. Se peleó, actuó incorrectamente o se comporto cruelmente.	0	1	2	3	4
3. Dejó de hacer otras cosas debido a que gastó mucho dinero en comprar alcohol.	0	1	2	3	4
4. Acudió a clases o al trabajo alcoholizado o borracho.	0	1	2	3	4
5. Causó vergüenza o malestar a alguien más.	0	1	2	3	4
6. Descuidó sus responsabilidades.	0	1	2	3	4
7. Fue evitado por parte de familiares.	0	1	2	3	4
8. Sintió que necesitaba más alcohol del que había consumido con el fin de conseguir el mismo efecto.	0	1	2	3	4
9. Trató de controlar su consumo de alcohol, bebiendo sólo en ciertas ocasiones del día o lugares.	0	1	2	3	4
10. Tuvo síntomas de abstinencia; esto es, se sintió enfermo a consecuencia de que interrumpió o disminuyó el consumo de alcohol.	0	1	2	3	4
11. Notó un cambio en su personalidad.	0	1	2	3	4
12. Sintió que tenía un problema con el alcohol.	0	1	2	3	4
13. Faltó un día, o parte de un día, a su escuela o trabajo.	0	1	2	3	4
14. Trató de disminuir o dejar de consumir alcohol.	0	1	2	3	4
15. Repentinamente se encontró en un lugar al que no recordaba haber ido.	0	1	2	3	4

* Traducido y adaptado al español por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga del original en lengua inglesa de White, H.R. y Labouvier, E.W. (1989). Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). Towards the assessment of adolescent problem Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.

¿En cuántas ocasiones le sucedieron las siguientes cosas cuando se encontraba consumiendo alcohol o como resultado de haberlo ingerido durante el último año?	RESPUESTA				
16. Se desmayó o desvaneció repentinamente.	0	1	2	3	4
17. Se peleó, argumentó o se resintió con algún amigo.	0	1	2	3	4
18. Se peleó, argumentó o se resintió con algún miembro de su familia.	0	1	2	3	4
19. Continuó bebiendo aún cuando se había prometido no hacerlo.	0	1	2	3	4
20. Sintió enloquecer.	0	1	2	3	4
21. Tuvo un mal rato.	0	1	2	3	4
22. Se sintió física o psicológicamente dependiente del alcohol.	0	1	2	3	4
23. Un amigo o vecino le aconsejó que dejara o disminuyera su consumo de alcohol.	0	1	2	3	4

CALIFICACION =

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DEL IPAR:

Simplemente sume los números de cada respuesta para formar una calificación total.
Las calificaciones promedio actualmente disponibles son las siguientes:

Muestra clínica (usuarios): Hombres de 14 – 16 años, es de 23.3
Mujeres de 14 – 16 años, es de 22.2
Hombres de 17 – 18 años, es de 21.1
Mujeres de 17 – 18 años, de 26.0

Muestra no clínica (usuarios): Hombres de 15 años, es de 7.5
Mujeres de 15 años, es de 5.9
Hombres de 18 años, es de 8.2
Mujeres de 18 años, es de 7.4

DESCRIPCION DEL IPAR:

El IPAR es un cuestionario auto administrado que consta de 23 reactivos que nos permite evaluar el problema de ingesta de alcohol de adolescentes. Los usuarios simplemente circulan el número que corresponde al número de ocasiones en que han experimentado cada problema. Los reactivos pueden ser también leídos a los usuarios, en voz alta, por un entrevistador para aquellos usuarios que presentan dificultades en la lectura.

PROPOSITO:

El IPAR fue desarrollado para crear un instrumento sólido conceptualmente, unidimensional, relativamente breve y fácilmente administrable que permitiera evaluar el problema de alcohol en adolescentes. El dominio que mide el IPAR lo constituyen las consecuencias negativas del beber. La población a la cual está dirigido son adolescentes con un grado de nivel de lectura correspondiente a séptimo grado. El tiempo de administración es de 10 min. o menos. El tiempo de calificación es de 3

min. y no se requiere de un entrenamiento por parte del aplicador. Su desarrollo empírico involucró un análisis factorial de test - retest sobre frecuencias de un total de 53 síntomas y/o consecuencias del consumo de alcohol, tal como fue reportado en una muestra no clínica de 1308 hombres y mujeres; la resultante escala de 23 reactivos posee una confiabilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad a los 3 años de 0.40.

Las ventajas de esta herramienta de detección de auto administración breve son: su fácil administración y administración que hace posible comparar las calificaciones de los problema de ingesta a través de los grupos. El IPAR resulta apropiado en su empleo en muestras clínicas y no clínicas de adolescentes y jóvenes adultos. El IPAR puede ser empleado para evaluar el nivel de ingesta problema entre adolescentes y jóvenes adultos en el tratamiento de abuso de sustancias. Puede ser también parte de una entrevista clínica, en la que el clínico aborda cada problema relacionado con el beber del usuario, para discutir interrupciones en la vida debido a la ingesta y a la negación de los problemas. El IPAR puede ser también empleado como una herramienta de investigación.

El IPAR constituye únicamente una medida de los problemas de ingesta de alcohol de los adolescentes; por lo que información adicional sobre la intensidad del consumo, motivaciones para consumir y el contexto del consumo es deseable que se obtenga cuando se desea llevar a cabo una evaluación completa del problema de ingesta de alcohol. El tiempo de referencia para las respuestas puede hacerse más pequeño (por ejemplo, en el último año o en los últimos 6 meses en lugar de en los últimos 3 años).

Referencias

White, H.R. & Labouvier, E.W. (1989). Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). Towards the assessment of adolescent problem Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.

PDP*

Prueba De Pistas

DESCRIPCIÓN

Uno de los instrumentos frecuentemente empleado para evaluar deterioros cognitivos derivados del abuso crónico del alcohol es la Prueba de Pistas (Trail Making Tests) de la Batería Halstead-Reitan (HRB; Halstead, 1947).

La aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos, cuenta con dos partes, en la primera parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte (B), se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de tiempo, es decir, para la parte A, se otorga un minuto para responder, sin embargo si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de 2 minutos, en caso de que el usuario no termine la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, la persona que administra la prueba otorgará el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea.

INSTRUCCIONES

1ª Parte (A)

“Le voy a presentar una hoja donde aparecen una serie de números, los cuales usted debe unir a través de una línea, sin despegar el lápiz de la hoja y sin cruzar líneas de forma creciente partiendo del número uno hasta terminar con el número 15, vamos a hacer un ejemplo para ver si comprendió su tarea”.

2ª Parte (B)

“Le voy a presentar una hoja donde aparecen una serie de números combinados con letras del abecedario, los cuales usted debe unir a través de una línea, sin despegar el lápiz de la hoja y sin cruzar líneas, iniciando con un número y seguido con la letra correspondiente al abecedario en orden ascendente, el inicio es en el número uno y la parte final de su tarea es en el número 13, no olvide intercalar las letras, vamos a hacer un ejemplo para ver si comprendió su tarea”.

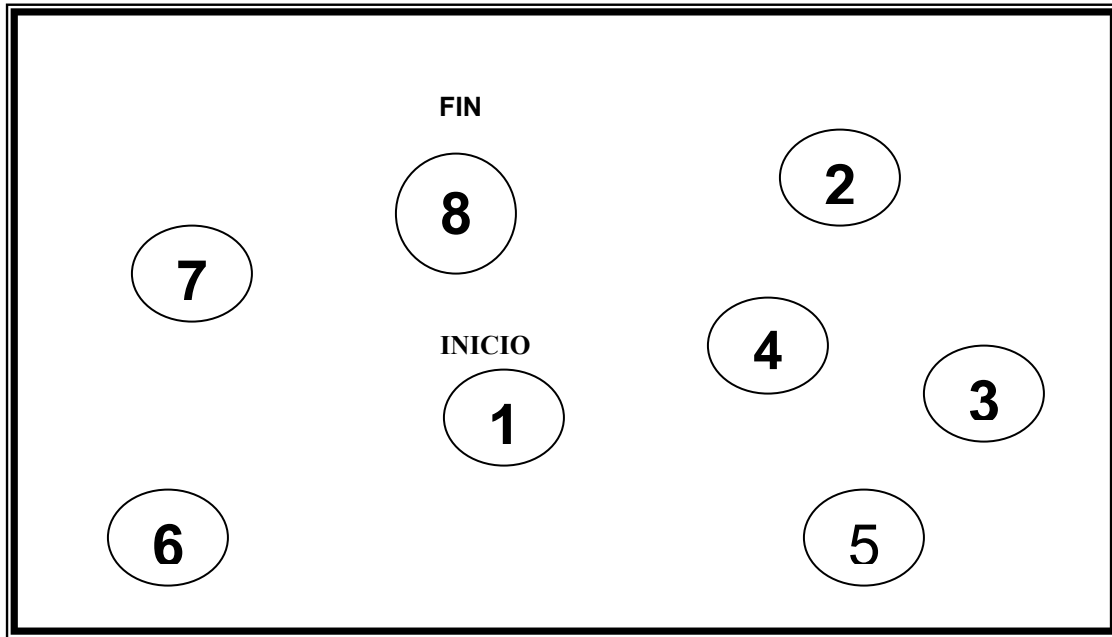
REFERENCIAS

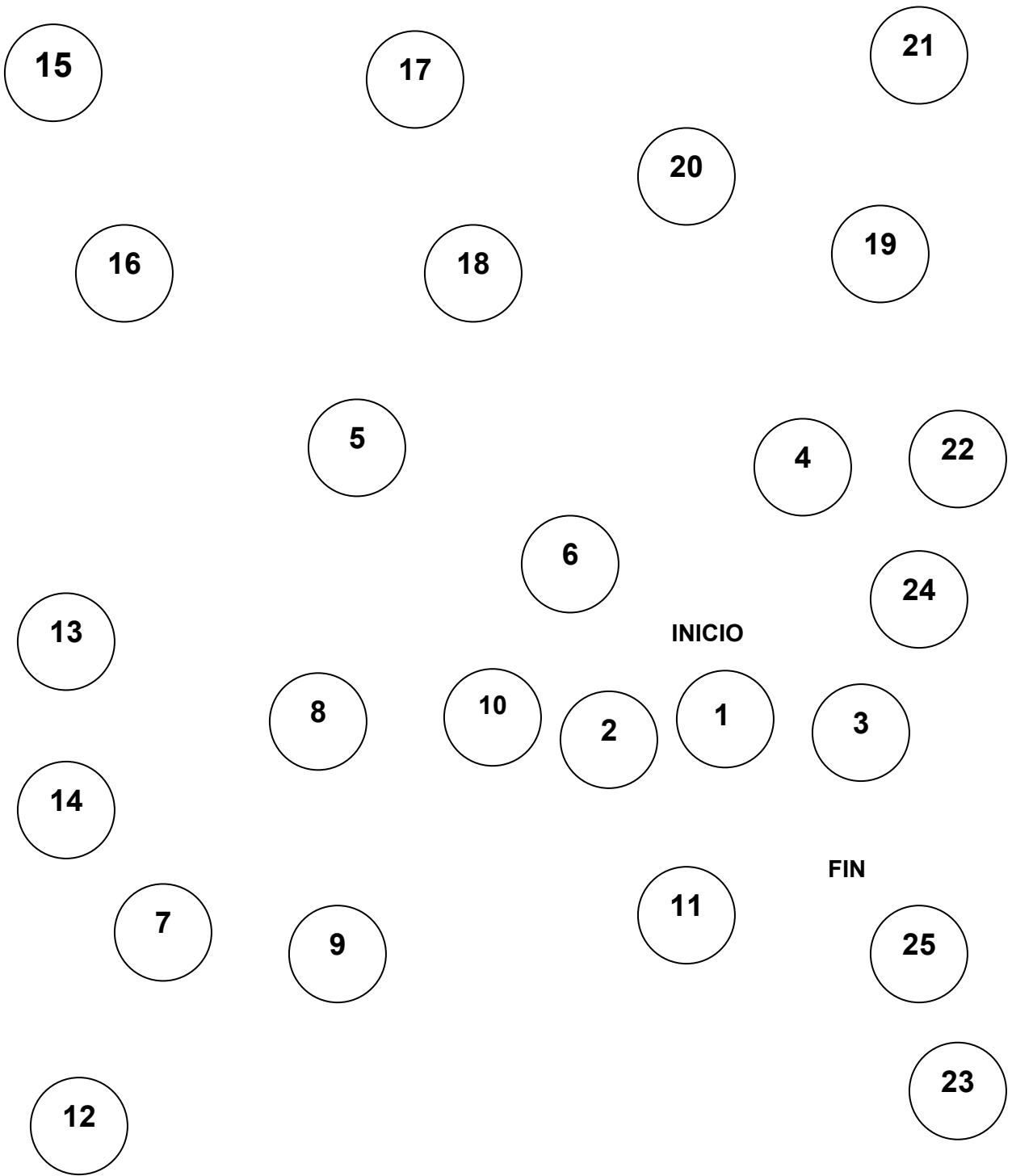
- Halstead, W.C. (1947). *Brain and Intelligence: A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Reitan, R.M. (1958). *Validity of the Trail Making as an indication of organic brain damage*. *Perceptual Motor Skills*, 8: 271-276.
- Reitan, R.M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation*, 2a. Ed. Tucson: Neuropsychology Press.

PRUEBA

1ª PARTE (A)

EJEMPLO

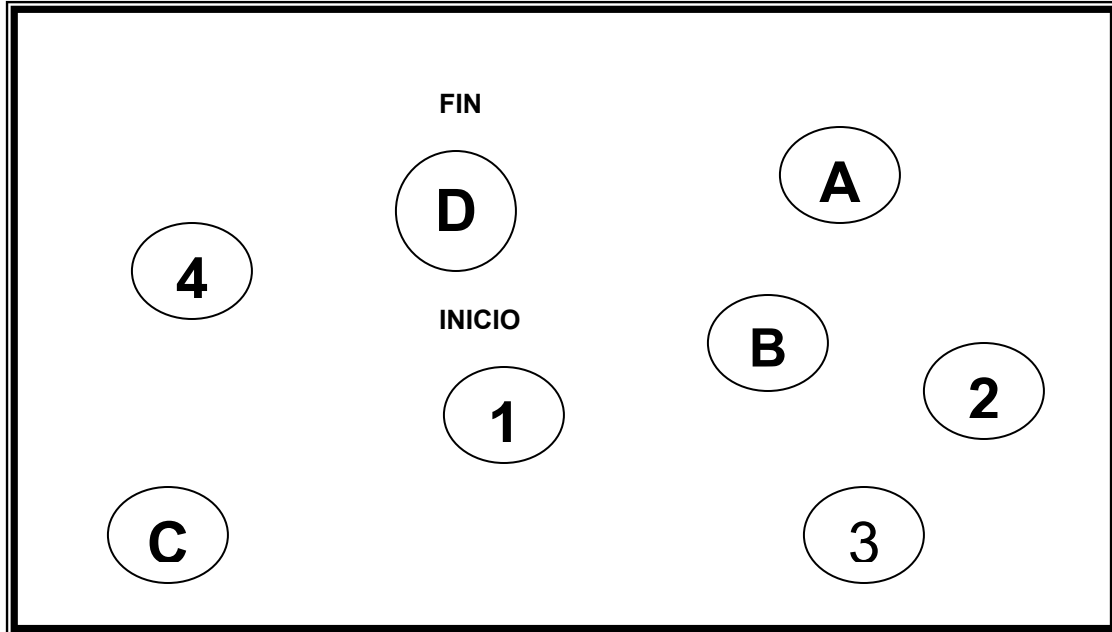


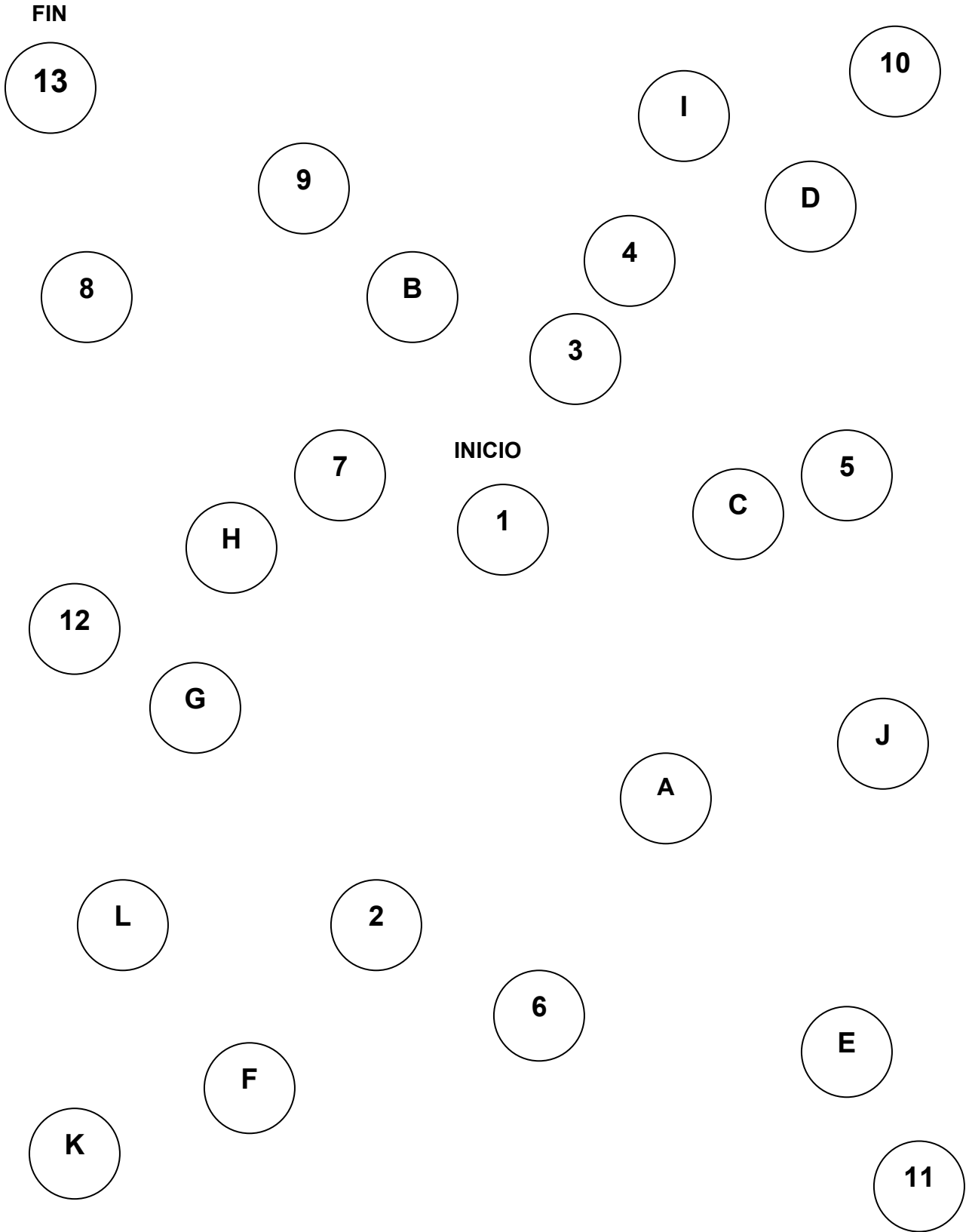


PRUEBA

2ª PARTE (B)

EJEMPLO





LIBARE-A*

Línea Base Retrospectiva (alcohol)

El Método de Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A) para la evaluación del consumo de alcohol, proporciona un cuadro retrospectivo del consumo diario de las personas por un tiempo determinado. Este instrumento se diseñó para su uso en escenarios clínicos y de investigación, y proporciona información acerca del patrón, variabilidad y nivel de consumo de una persona. La información puede ser perfilada usando variables tales como el porcentaje de días en que se bebe en diferentes niveles, o el patrón de consumo entre semana o fines de semana. Se pueden identificar periodos de recaída y servir como la base para sondear las causas de la ésta. El LIBARE-A también muestra cuánto dinero gasta una persona en el alcohol, las calorías que consume cuando bebe, y cómo se compara el consumo de una persona en comparación con las normas nacionales (vea las gráficas de la muestra en las siguientes cuatro páginas para las normas nacionales con respecto al uso de alcohol y otras drogas).

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

La **LIBARE-A** es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día. Este método ha sido probado en períodos de hasta 12 meses. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una dependencia severa.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

La **LIBARE-A** puede ser administrada por un entrevistador o en forma de auto-reporte. Es recomendable que antes de ser administrado, se aplique una prueba de contenido de alcohol en aliento (**ALCOSENSOR**) con el fin de asegurarse que el usuario no haya ingerido alcohol. Si la prueba resulta negativa se le entrega el calendario y se le pide que recuerde su consumo diario en un período específico.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA LIBARE-A. Se requieren de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses y de 10 a 15 minutos para un período de 3 meses.

A continuación se enumeran los apoyos del entrevistador para ayudar a las personas a recordar su consumo diario.

- ✓ Calendario: Es el principal apoyo para recordar el consumo.
- ✓ Días clave: Fiestas, cumpleaños, eventos sociales, vacaciones, etc., que facilitan el recuerdo.
- ✓ Tabla con la Conversión de Copa Estándar: Para reportar un promedio de consumo, una medida estándar.

*Traducida y adaptada al español por Horacio Quiroga Anaya de los originales en lengua inglesa de Sobell, L.C., y Sobell, M.B. (2000). *Alcohol Timeline Followback* (TLFB). En American Psychiatric Association (Ed.). *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D. C., American Psychiatric Association. y de Sobell., L.C., y Sobell, M.B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen y V. Wilson (Eds.). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev.Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

- ✓ Días de abstinencia y de consumo: Identificación de períodos regulares de abstinencia o de consumo fuerte o moderado.
- ✓ Situaciones de riesgo: Situaciones como arrestos, hospitalizaciones, enfermedades, tratamientos, que se relacionan con consumir o con la abstinencia.
- ✓ Límites de consumo: Identificar los límites superior e inferior de la cantidad consumida (al inicio de la entrevista se deberá preguntar sobre la mayor cantidad consumida durante el periodo y la menor cantidad consumida).
- ✓ Técnica de la Exageración: Cuando el paciente tiene dificultad para establecer el límite superior e inferior de consumo. Esta técnica la usa el entrevistador para exagerar estos límites y ayudarlo a que estime sus límites.

FORMA DE CALIFICACIÓN DE LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:

- Número total de días de consumo, durante el último año.
- Número total anual de tragos estándar consumidos.
- Promedio de tragos en un día de consumo.
- Número máximo de tragos que tomó en un día en los últimos 90 días.
- Porcentaje de días de abstinencia.
 - a) De bajo consumo
 - b) De consumo moderado
 - c) De consumo excesivo.

VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

La **LIBARE-A** puede ser utilizada para proporcionar al terapeuta medidas directas y precisas de los niveles de consumo individual; también puede ser utilizada para medir cambios en los niveles de consumo durante y después de un tratamiento, ya que la medida de "CANTIDAD / FRECUENCIA" ha mostrado ser insensible a diferencias individuales en la conducta de consumo o a cambios en éstos.

La **LIBARE-A** se recomienda como un método para evaluar cambios mayores y específicos en la conducta de beber antes y después de un tratamiento. La **LIBARE-A** es un método que ha mostrado una mayor precisión para evaluar el consumo, sin embargo, pueden cometerse errores en la especificación de la cantidad exacta o en las fechas de consumo al aplicar este instrumento.

Instrucciones para llenar el “Calendario de la línea base retrospectiva”

Mediante este calendario, vamos a reconstruir su consumo de bebidas alcohólicas durante el periodo de: _____ a _____.

No es una tarea difícil, especialmente si se utiliza el calendario. Se ha encontrado que este instrumento es útil para que las personas recuerden la cantidad y frecuencia con que beben. Les daremos algunos *tips* o ayudas para facilitar su llenado:

1. Es importante que en cada día del calendario se anote el número de copas estándar que consumió. El reporte que se proporcione siempre debe ser en *copas estándar*.
2. Los días que *no* consumió bebidas alcohólicas márkelos con un "0".
3. En los días que *si* consumió bebidas alcohólicas escriba el número de copas estándar que bebió, no importa qué tipo de bebida. Por ejemplo, si bebió durante la comida una copa de tequila, después un vaso de vino, y en la noche tomó una cerveza, tres copas estándar es lo que debe reportar en el calendario.
4. Si al estar llenando el calendario, no se recuerda si bebió un lunes o un miércoles, o si fue en la primera o en la segunda semana del mes, trate de ser lo más preciso posible, pero anote su mejor estimación.

Ayudas

- ◆ Si tiene una agenda anual utilícela para ayudarse a recordar.
- ◆ En el calendario están señalados los días festivos, como por ejemplo, el 1o. de enero, el 16 de septiembre, navidad, etcétera. Además, se puede ayudar recordando fechas especiales como cumpleaños, vacaciones, aniversarios, etcétera.
- ◆ Algunas personas tienen un patrón de consumo muy regular. Por ejemplo, beben únicamente los fines de semana, los viernes con sus amigos mientras juegan dominó o cartas, o sólo durante viajes de negocios. En estos casos inicie el llenado de su calendario anotando su consumo durante estas fechas.

Sugerencias para obtener más información

- ◆ Si el entrevistado reporta haber estado hospitalizado, en la cárcel, o en otra institución donde no pudo beber alcohol. Es importante que el entrevistador inicie preguntando por el periodo que estuvo institucionalizado y si no bebió.
- ◆ En algunas ocasiones los entrevistados reportan periodos de abstinencia. Por ejemplo, algunas personas acostumbran hacer un juramento religioso. En este caso el entrevistador debe preguntar por el periodo de abstinencia total.
- ◆ Por último, es importante que el calendario sea completado en una forma flexible. Si el entrevistado tiene problemas con un mes en particular, se puede uno saltar ese periodo y al final regresar.





Procedimiento para Calificar e Interpretar la Libare-A

- 1 Para obtener los días de consumo: cuente las casillas con valores mayores a cero.
para obtener los días de abstinencia: cuente las casillas con valores igual a cero.
- 2 Para obtener el número total de tragos estándar consumidos en un año: sume todos los valores de las casillas.
- 3 Para obtener el promedio de consumo por
 - a. Mes: divida el total de tragos al año (valor del punto 3) entre 12
 - b. Día: divida el total de tragos al año (valor del punto 3) entre los días de consumo (valor del punto 1).
- 4 Para obtener el porcentaje de días de:
 - a. Abstinencia: divida el total de días de abstinencia (valor del punto 2) entre 365×100 .
 - b. Consumo moderado: divida el total de casillas con valores entre 1 y 4 entre 365×100 .
 - c. Consumo excesivo: divida el total de casillas con valores entre 5 y 9 entre 365×100 .
 - d. Consumo muy excesivo: divida el total de casillas con valores de 10 o mayores entre 365×100 .

Bibliografía

- Connors, G.J., Watson, D.W., & Maisto, S.A. (1985). Influence of subject and interviewer characteristics on the reliability of young adults' self-report of drinking. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7, 365-374.
- Cooper, A.M., Sobell, M.B., Maisto, S.A. & Sobell, L.C. (1980). Criterion intervals for pretreatment drinking measures in treatment evaluation. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 1186-1195.
- Maisto, S.A., Sobell, M.B., Cooper, A.M., & Sobell, L.C. (1979). Test-retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers. *Journal of Behavioral Assessment*, 1 315-326.
- Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1996). *Timeline Followback (TLFB) for alcohol (Version 4. ob) (computer software)*. Toronto. Addiction Research Foundation.
- Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (2000). *Alcohol Timeline Followback (TLFB)*. En American Psychiatric Association (Ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (2003) *Alcohol consumption measures*. En J.P. Allen & V. Wilson (Eds.). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C., Klajner, F., Pavan, D. & Basian, E. (1986). The reliability of a timeline method of assessing normal drinker college students recent drinking history: Utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, 11, 149-161.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Maisto, S.A., & Cooper, A.M. (1985). Timeline follow-back assessment method. In D.J. Lettieri, J.E. Nelson & M.A. Sayer. (Eds.). *NIAAA treatment handbook series: Vol.2. Alcoholism treatment assessment research instruments*. (DHHS Publication No. ADM 85-1380, pp. 530-534). U.S. Government Printing Office.
- Vuchinich, R.E., Tucker, J.A., Harlee, L., Hoffman, S. & Scewartz, J. (1985). Reliability of reports of temporal patterning. Paper presented at a poster session at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy.

Conversión de copa estándar

<u>Bebida</u>		<u>% Volumen</u>	<u>Cantidad</u>
<i>Cerveza</i>		5%	341 ml 12 onzas
<u>Vino</u>		12%	142 ml 5 onzas
Vino fortificado (jerez, martini, oporto)		18-20%	85 ml 3 onzas
Destilado (ginebra, ron, whisky, brandy, tequila)		40-50%	43 ml 1 1/2 onzas

Vino:

1 botella (750 ml) = 5 copas estándar

1 botella (1.14 l) = 8 copas estándar

Destilado:

1 botella (1/4 l) = 6 copas estándar

1 botella (1/2 l) = 12 copas estándar

1 botella (3/4 l) = 17 copas estándar

1 botella (1.14 l) = 27 copas estándar

LIBARE-A

Línea Base Retrospectiva (Alcohol)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Numero de días: _____. Fecha de inicio (día 1): día mes Fecha de conclusión (ayer): día mes
--

2002	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
			1 <small>A. nuevo</small>	2	3	4	5
E N E	6 <small>Reyes</small>	7	8	9	0	11	12
	13	14	15	16	17	18	19
	20	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	31	1	2
F E B	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14 <small>Día Novios</small>	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	1	2
M A R	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18 <small>Petroleo</small>	19	20	21	22 <small>Santo</small>	23 <small>Gloria</small>
	24 <small>Pascua</small>	25	26	27	28	29	30
	31	1	2	3	4	5	6
A B R	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	1	2	3	4
M A Y	5 <small>Batalla</small>	6	7	8	9	10 <small>D. Madre</small>	11
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	

2002	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
							1
J	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
U	16 ^{D. Padre}	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
	30	1	2	3	4	5	6
J	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
L	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31	1	2	3
A	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
G	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	31
S	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
E	15 ^{Grito}	16 ^{Indepen.}	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	1	2	3	4	5
O	6	7	8	9	10	11	12 ^{D. Raza}
	13	14	15	16	17	18	19
C	20	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	31	1	2
N	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
O	17	18	19	20 ^{Revolución}	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
D	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12 ^{V. Guadalupe}	13	14
I	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24 ^{N. Buena}	25 ^{Navidad}	26	27	28
	29	30	31 ^{Fin de año}				

LIBARE-A

Línea Base Retrospectiva (alcohol)

Nombre: _____ Fecha: _____

instrucciones

Numero de días: _____ Fecha de inicio (día 1): _____ día _____ mes Fecha de conclusión (ayer): _____ día _____ mes

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
2003				1 <small>A.nuevo</small>	2	3	4
E	5	6 <small>Reyes</small>	7	8	9	10	11
N	12	13	14	15	16	17	18
E	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	1
F	2	3	4	5	6	7	8
E	9	10	11	12	13	14 <small>D.Novios</small>	15
B	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	1
M	2	3	4	5	6	7	8
A	9	10	11	12	13	14 <small>Santo</small>	15 <small>Gloria</small>
R	16 <small>Pascua</small>	17	18 <small>Petróleo</small>	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
	30	31	1	2	3	4	5
A	6	7	8	9	10	11	12
B	13	14	15	16	17	18	19
R	20	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	1	2	3
M	4	5 <small>Batalla</small>	6	7	8	9	10 <small>D. Madre</small>
A	11	12	13	14	15	16	17
Y	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	

2003	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
							31
J U N	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15 ^{D. Padre}	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	1	2	3	4	5
J U L	6	7	8	9	10	11	12
	13	14	15	16	17	18	19
	20	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	31	1	2
A G O	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
S E P	31	1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15 ^{Grito}	16 ^{Independ.}	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	1	2	3	4
O C T	5	6	7	8	9	10	11
	12 ^{Raza}	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	1
N O V	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20 ^{Revolución}	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
D I C	30	1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24 ^{N. Buena}	25 ^{Navidad}	26	27
	28	29	30	31 ^{Fin de año}			

LIBARE-A

Línea Base Retrospectiva (alcohol)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Numero de días: _____
Fecha de inicio (día 1): Día mes
Fecha de conclusión (ayer): Día mes

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
2004					1 <small>Año nuevo</small>	2	3
E N E	4	5	6 <small>Reyes</small>	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	31
F E B	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14 <small>Día de los enamorados</small>
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
M A R	29	1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16 <small>Día Petroleo</small>	17	18 <small>Día Petroleo</small>	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31	1	2	3
A B R	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	1
M A Y	2	3	4	5 <small>Batalla Puebla</small>	6	7	8
	9	10 <small>D. de la Madre</small>	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29

2004	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	30	31	1	2	3	4	5
J	6	7	8	9	10	11	12
U	13	14	15	16	17	18	19
N	20 <small>D. Padre</small>	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	1	2	3
	4	5	6	7	8	9	10
J	11	12	13	14	15	16	17
U	18	19	20	21	22	23	24
L	25	26	27	28	29	30	31
	1	2	3	4	5	6	7
A	8	9	10	11	12	13	14
G	15	16	17	18	19	20	21
O	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31	1	2	3	4
S	5	6	7	8	9	10	11
E	12	13	14	15 <small>Grito Independencia</small>	16 <small>Independencia</small>	17	18
P	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	1	2
	3	4	5	6	7	8	9
O	10	11	12 <small>Día de La Raza</small>	13	14	15	16
C	17	18	19	20	21	22	23
T	24	25	26	27	28	29	30
	31	1	2	3	4	5	6
N	7	8	9	10	11	12	13
O	14	15	16	17	18	19	20 <small>Revolución</small>
V	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	1	22	3	4
D	5	6	7	8	9	10	11
I	12	13	14	15	16	17	18
C	19	20	21	22	23	24 <small>Noche Buena</small>	25 <small>Navidad</small>
	26	27	28	29	30	31 <small>Fin de año</small>	

BDI*

Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____ . Edad: ____ . Sexo: ____ . Fecha: _____ .

Estado Civil: _____ . Escuela o Facultad: _____ . Puntaje: _____ .

Instrucciones: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente, escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted **se sintió la semana pasada, inclusive el día de hoy**. Marque con una X el número que se encuentra al lado de cada oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso tache cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

<p>1. 0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p>5. 0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>
<p>2. 0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p>	<p>6. 0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado</p> <p>7. 0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo 1. Estoy desilusionado de mi mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio</p>
<p>3. 0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona</p>	<p>8. 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mi mismo por mis Debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p>
<p>4. 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Yo no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p>	<p>8. 0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p>

*Beck Depression Inventory (BDI): Second Edition. Copyright 1996 by Aaron T. Beck. The Psychological Corporation.

9. 0. Yo no lloro más de lo usual	16. 0. Puedo dormir tan bien como antes
-----------------------------------	---

<ol style="list-style-type: none"> 1. Llora más ahora de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir
<ol style="list-style-type: none"> 11. 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar <ol style="list-style-type: none"> 1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes 2. Me siento irritado todo el tiempo 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo 	<ol style="list-style-type: none"> 17. 0. Yo no me canso más de lo habitual <ol style="list-style-type: none"> 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Con cualquier cosa que hago me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
<ol style="list-style-type: none"> 12. 0. Yo no he perdido el interés en la gente <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar 2. He perdido en gran medida el interés en la gente 3. He perdido todo el interés en la gente 	<ol style="list-style-type: none"> 18. 0. Mi apetito no es peor de lo habitual <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada
<ol style="list-style-type: none"> 13. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho <ol style="list-style-type: none"> 1. Pospongo tomar decisiones más que antes 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes 3. Ya no puedo tomar decisiones 	<ol style="list-style-type: none"> 19. 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente <ol style="list-style-type: none"> 1. He perdido más de dos kilogramos 2. He perdido más de cinco kilogramos 3. He perdido más de ocho kilogramos A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos Si <u> </u> No <u> </u>
<ol style="list-style-type: none"> 14. 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a) 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a) 3. Creo que me veo feo(a) 	<ol style="list-style-type: none"> 20. 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más 3. Estoy tan preocupado por mis problemas
<ol style="list-style-type: none"> 15. 0. Puedo trabajar tan bien como antes <ol style="list-style-type: none"> 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo 2. Tengo que obligarme para hacer algo 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo 	<ol style="list-style-type: none"> 21. 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora

	3. He perdido completamente el interés por el sexo
Nivel de Depresión	Puntaje Crudo
Mínima	0 a 9
Leve	10 a 16
Moderada	17 a 29
Severa	30 a 63

Diagnóstico _____

Observaciones _____

Descripción

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) constituye una medida de auto-reporte de síntomas depresivos de 21 ítems expuestos en grupos de cuatro declaraciones entre las cuales la persona selecciona una o varias respuestas que mejor reflejan cómo se sintió durante la semana pasada, incluyendo al día de hoy. El inventario fue desarrollado en estrecha relación con los criterios para diagnosticar trastornos depresivos contenidos en el DSM. Cada ítem representa un síntoma característico de la depresión, tal como tristeza, culpa, pensamientos suicidas y pérdida de interés. Diecinueve de los 21 ítems incluyen una escala de 4-puntos cuyo rango va de 0 a 3, que representan niveles ascendentes de severidad, desde la ausencia de un síntoma dado (p. ej., “Yo no me siento triste”) hasta un nivel intenso (p. ej., Yo estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo”). Los dos ítems restantes (cambios en los patrones de sueño, cambios en el apetito) permiten que la persona evaluada señale incrementos o decrementos en estas conductas. Se les solicita a las personas evaluadas que lean cada declaración y que elijan aquella que mejor las describa durante las dos semanas previas.

Antecedentes

El IBDI fue desarrollado originalmente por A.T. Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961). A lo largo de las últimas tres décadas. El BDI se ha vuelto el instrumento de auto-reporte de depresión más utilizado dirigido a la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos en escenarios de investigación como clínicos (Para una revisión de las aplicaciones y propiedades psicométricas del BDI (Véase a Beck, Steer & Garbin, 1988).

En el año de 1979, se publicó una versión modificada del BDI (BDI-IA) (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Manual técnico publicado en 1987 por Beck & Steer) con el fin de eliminar el fraseo alternativo para los mismos síntomas, así como para evitar el empleo de doble negaciones. A diferencia del BDI-IA, el BDI-II representa una modificación significativa del BDI original, con base en cambios en los criterios diagnósticos ejemplificados del DSM-III al DSM-IV. El BDI-II fue desarrollado con el propósito de reemplazar las primeras versiones.

Administración

En general, el BDI es de rápida aplicación y calificación. Se califica al sumar los puntajes de cada uno de los 21 ítems. El puntaje máximo es de 63. Puntajes mayores indican mayores niveles de síntomas depresivos.

Interpretación

La presente versión, estandarizada en población mexicana fue realizada por Jurado et al. (1998)* emplea los siguientes lineamientos para su interpretación: de 0 a 9 reflejan un nivel mínimo de depresión, puntajes de 10 a 16 reflejan una depresión “leve”, puntajes de 17 a 29 reflejan una depresión “moderada” y puntajes de 30 a 63 indican una depresión “severa”. Los autores de la versión original advierten, sin embargo, que se tenga precaución de no emplear tales puntajes como la fuente única de información en propósitos diagnósticos. El puntaje final se convierte en un porcentual mediante una conversión en la que 63 puntos es el 100% y el puntaje obtenido se multiplica por cien y se divide entre 63.

Propiedades Psicométricas

Las normas y propiedades psicométricas se encuentran basadas en una muestra de 1508 adultos entre 15 y 65 años de edad y un grupo de 120 estudiantes universitarios (67 hombres y 53 mujeres).

Confiabilidad. En relación con la consistencia interna, las estimaciones del coeficiente alfa de Crombach fueron de .87 para la primera muestra y de .93 para el grupo de estudiantes universitarios. Las confiabilidades test-retest con base en 26 pacientes que contestaron el BDI en dos ocasiones, con una semana de intervalo fueron de .93.

Validez. Una estimación de la validez de constructo del BDI se refiere a su correlación significativa (esto es .93). Las intercorrelaciones entre los 21 ítems que se presentan en el manual, proporcionan evidencia de la validez factorial del BDI. Dos factores principales parecen subrayar la estructura de este inventario para los estudiantes universitarios: las dimensiones cognitivo-afectivas y las somáticas.

Utilidad Clínica

Alta. Esta versión del BDI ha mejorado su sensibilidad clínica y ha sido desarrollada específicamente para ser consistente con los criterios del DSM-IV.

Aplicabilidad en la Investigación

Alta. El BDI original es probablemente la medida de auto-reporte más ampliamente empleada para evaluar la severidad de los síntomas depresivos en los principales estudios de investigación.

*Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.

BAI*

Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre: _____ . Edad: _____. Sexo: _____. Fecha: _____.

Estado Civil: _____. Escuela o Facultad: _____. Puntaje: _____.

Instrucciones: En la sección inferior hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Por favor, lea cuidadosamente cada declaración e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X el número que se encuentra al lado de cada declaración correspondiente, según la intensidad de la molestia.

- 0 = Poco o nada
- 1 = Más o menos
- 2 = Moderadamente
- 3 = Severamente

SINTOMAS	0	1	2	3
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

*Beck Anxiety Inventory. Copyright 1987, 1990 by Aaron T. Beck. The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. All rights reserved. "Beck Anxiety Inventory" and "BAI" are registered trademarks of The Psychological Corporation. Cita original: Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R.A. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

Descripción

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés) tiene como propósito evaluar los síntomas de ansiedad que se encuentran compartidos mínimamente con los de la depresión y constituye una de las medidas de ansiedad más ampliamente utilizada e investigada. Es una medida de auto-reporte que consiste de 21 ítems diseñada para evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad en pacientes adultos. Las personas evaluadas informan qué tanto se encontraron molestos con respecto a una lista de síntomas durante la semana pasada, empleando para lo cual, una escala Likert de cuatro-puntos que va de “poco o nada” a “severamente: Yo difícilmente pude soportarlo”.

Administración y Calificación

El BAI puede ser administrado en 5 a 10 minutos. El manual (Beck & Steer, 1993) proporciona lineamientos para la administración oral, la cual requiere de 10 minutos, aproximadamente. El instrumento se califica al sumar todos los ítems. Los puntajes posibles van de 0 a 63. La presente versión, estandarizada a población mexicana por Robles, et. al. (2001)* emplea los siguientes lineamientos para su interpretación: puntajes de 0 a 5 reflejan un nivel “mínimo” de ansiedad, puntajes de 6 a 15 reflejan una ansiedad “leve”, puntajes de 16 a 30 reflejan una ansiedad “moderada” y puntajes de 31 a 63 indican una ansiedad “severa”.

NIVEL DE ANSIEDAD	PUNTAJE
Mínima (0-5)	
Leve (6-15)	
Moderada (16-30)	
Severa (31-63)	

Cabe señalar, que aún cuando el Manual señala diferencias de edad y género en los puntajes del BAI, entre los individuos con trastornos de ansiedad (las mujeres y los pacientes jóvenes informan de puntajes mayores), no se encuentran disponibles a la fecha, normas ajustadas a la edad y al género.

Propiedades psicométricas

Confiabilidad. El BAI tiene una excelente consistencia interna (alfa = .92; Beck et al., 1988; Beck & Steer, 1993). El estudio original reveló una adecuada confiabilidad test-retest ($r = .75$) y un estudio subsecuente una buena confiabilidad test-retest con cinco semanas de intervalo (de Beurs, Wilson, Chambless, Goldstein, & Feske, 1997). En la estandarización realizada por Robles, et. al (2001) se obtuvo un alfa de Crombach de .83.

Validez. El BAI correlacionó más significativamente con una medida de ansiedad ($r = .48$) que con una medida de depresión ($r = .125$) (Beck et al., 1988). Empleando una muestra normativa de estudiantes el BAI correlacionó significativamente con una medida de ansiedad (.51 a .69). El BAI es sensible al tratamiento (de Beurs et al., 1997). En la estandarización realizada por Robles, et. al (2001) se obtuvo validez de constructo.

*Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.

FCIE –DIBAEU*

Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión

Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve

NOMBRE: _____ FECHA: _____ # EXPEDIENTE: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta de la persona, ya sea "SI" o "NO": Si marca alguna respuesta que no se encuentra subrayada, la persona no reúne los requisitos para formar parte de este programa. Si esto ocurre, se deben de analizar otras alternativas de tratamiento como es el caso del Programa de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU) ó el Programa de Prevención Estructurado de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Problemas Sustanciales o Severos de Alcohol (PEREU) que conforman el Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Quiroga, 2003).

1. ¿Es estudiante universitario? SI NO
2. ¿Tiene entre 18 y 60 años de edad? SI NO
3. ¿Cuenta con domicilio permanente? SI NO
4. ¿Tiene abuso o dependencia leve al alcohol? SI NO
(hasta 13 puntos en la EDA y hasta 3 síntomas en el DSM IV)
5. ¿Experimenta sintomatología severa de dependencia al alcohol? SI NO
(alucinaciones, convulsiones, desorientación, temblores severos lagunas mentales ú olvidos severos, delirium tremens, psicosis de Korsakof, psicosis de Wernicke)
6. ¿Tiene una **historia muy leve de consumo excesivo** de alcohol? SI NO
(menos de 5 años de antigüedad)
8. ¿Tiene una historia **de consumo problemático** de menos de 3 años de antigüedad? SI NO
7. ¿Tiene un **patrón de consumo excesivo frecuente** de consumo de alcohol? (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo si es hombre y más de 3 si es mujer y/o más de 12 copas estándar a la semana si es hombre y más de 9 si es mujer, en no más de 3 días a la semana) SI NO
8. ¿Tiene muy pocos **problemas asociados** a su consumo? SI NO
(No más de 10 en el IPAR)
9. ¿Su droga primaria de abuso es la heroína? SI NO
10. ¿Su droga primaria de abuso es inyectada? SI NO
11. ¿Presenta comorbilidad psiquiátrica o adictiva? SI NO
12. ¿Presenta un deterioro cognitivo severo? SI NO
(determinado por la Prueba de Pistas)
12. ¿Esta dispuesto a estar en una intervención breve que consiste en 1 sesión de evaluación, 1 de retroalimentación y consejo y 4 de seguimiento? SI NO

*Elaborada por Horacio Quiroga Anaya con el fin de apoyar el proceso de selección y derivación terapéutica al Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU; Quiroga y Cabrera, 2003) el cual forma parte del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Quiroga, 2003).

FCIE –TAGEU*

Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión

Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada

NOMBRE: _____ FECHA : _____ # EXPEDIENTE: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta del usuario, ya sea "SI" o "NO": Si marca alguna respuesta que no se encuentra subrayada, la persona no reúne los requisitos para formar parte de este programa. Si esto ocurre, se deben de analizar otras alternativas de tratamiento como es el caso del Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU) ó el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol (PEREU) que conforman el Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Quiroga, 2003).

1. ¿Es estudiante universitario? SI NO
2. ¿Tiene entre 18 y 60 años de edad? SI NO
3. ¿Cuenta con domicilio permanente? SI NO
4. ¿Tiene dependencia moderada al alcohol?
(de 14 a 21 puntos en la EDA y 4 síntomas en el DSM IV) SI NO
5. ¿Experimenta sintomatología severa de dependencia al alcohol?
(alucinaciones, convulsiones, desorientación, temblores severos lagunas mentales ú olvidos severos, delirium tremens, psicosis de Korsakof, psicosis de Wernicke) SI NO
6. ¿Tiene una **historia leve de consumo excesivo** de alcohol?
(menos de 10 años de antigüedad) SI NO
8. ¿Tiene un **patrón de consumo problemático** de menos de 5 años de antigüedad? SI NO
7. ¿Tiene un **patrón de consumo excesivo frecuente** de Alcohol? (más de 4 copas estándar por ocasión si es hombre y más de 3 si es mujer y entre 13 y 30 copas estándar a la semana si es hombre y de entre 10 y 24 copas a la semana si es mujer, en no más de 3 días a la semana). SI NO
9. ¿Tiene problemas asociados a su consumo, siendo alguno de ellos grave? (algunas experiencias negativas, una de las cuales fue seria). SI NO
9. ¿Su droga primaria de abuso es la heroína? SI NO
10. ¿Su droga primaria de abuso es inyectada? SI NO
11. ¿Presenta comorbilidad psiquiátrica o adictiva? SI NO
12. ¿Esta dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en 1 sesión de evaluación y admisión, 4 de tratamiento y 4 de seguimiento? SI NO

*Elaborada por Horacio Quiroga Anaya con el fin de apoyar el proceso de selección y derivación terapéutica al Programa de Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU; Quiroga y Montes, 2003) el cual forma parte del Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Quiroga, 2003).

FCIE –PEREU*

Forma de Criterios de Inclusión-Exclusión

Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Problemas de Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol

NOMBRE: _____ FECHA: _____ # EXPEDIENTE: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta del usuario, ya sea "SI" o "NO": Si marca alguna respuesta que no se encuentra subrayada, la persona no reúne los requisitos para formar parte de este programa. Si esto ocurre, se deben de analizar otras alternativas de tratamiento como es el caso del Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU) ó el Programa de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU) que conforman el Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Quiroga, 2003).

1. ¿Es estudiante universitario? SI NO
2. ¿Tiene entre 18 y 60 años de edad? SI NO
3. ¿Cuenta con domicilio permanente? SI NO
4. ¿Tiene dependencia sustancial o severa al alcohol?
(más de 21 puntos en la EDA y de 5 a 7 síntomas en el DSM IV) SI NO
5. ¿Experimenta sintomatología muy severa de dependencia al alcohol?
(alucinaciones, convulsiones, desorientación, temblores severos lagunas mentales ú olvidos severos, delirium tremens, psicosis de Korsakof, psicosis de Wernicke) SI NO
6. ¿Tiene una **historia moderada de consumo excesivo** de alcohol?
(entre 10 y 20 años de antigüedad) SI NO
7. ¿Tiene una **historia de consumo problemático** de más de 5 años de antigüedad? SI NO
8. ¿Tiene un **patrón de consumo excesivo muy frecuente** de alcohol?
(más de 4 copas estándar por ocasión si es hombre y más de 3 copas estándar si es mujer) y/o hasta más de 30 copas estándar a la semana si es hombre y hasta más de 24 copas a la semana si es mujer, hasta 5 días a la semana). SI NO
9. ¿Tiene problemas asociados a su consumo de menores a graves?
(algunas experiencias negativas, 2 de las cuales fueron serias). SI NO
10. ¿Su droga primaria de abuso es la heroína? SI NO
11. ¿Su droga primaria de abuso es inyectada? SI NO
12. ¿Presenta comorbilidad psiquiátrica o adictiva? SI NO
13. ¿Esta dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en 1 sesión de evaluación, 4 u 8 de tratamiento y 4 de seguimiento? SI NO

*Elaborada por Horacio Quiroga Anaya con el fin de apoyar el proceso de selección y derivación terapéutica al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial y Severa al Alcohol (PRE; Quiroga y Vital, 2003) el cual forma parte del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Quiroga, 2003).

FCI-DIBAEU*

Forma de Consentimiento Informado

Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve

NOMBRE _____ FECHA _____ Expediente #: _____

Mi terapeuta ha discutido conmigo mis metas relacionadas con mi consumo de alcohol y mis razones para desear cambiar mi patrón de consumo. De la misma manera, mi terapeuta me ha explicado en que consiste el Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU).

He llegado a la decisión de que quiero trabajar intensamente para cambiar mi consumo de alcohol al entrar al DIBAEU. Comprendo que para poder permanecer en el debo cumplir con los siguientes puntos y estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. ASISTIR

Llegaré a tiempo a todas las sesiones. Si me enfermo o se presenta una emergencia llamaré por teléfono a mi terapeuta para cancelar la cita programada. Estoy enterado que serán 6 sesiones, aproximadamente, las cuales se distribuirán de la siguiente manera: 1 de evaluación, 1 de retroalimentación y consejo y cuatro entrevistas de seguimiento: al mes, a los 3, 6 y 12 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito funcionar como el seguimiento posterior y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y otra información relacionada. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista diagnóstica-prescriptiva.

2. CAMBIAR MI CONSUMO DE ALCOHOL

Estoy consciente que se espera que permanezca completamente comprometido(a) en cambiar mi consumo de alcohol. En caso de que incumpla mi meta de consumo de alcohol, me comprometo a discutirlo abiertamente con mi terapeuta.

3. PARTICIPAR

Estoy de acuerdo en participar ampliamente en el proceso de tratamiento. Esto incluye:

- Llevar a cabo las actividades que se me asignen.
- Llevar a cabo los automonitoreos y ejercicios semanales que se me asignen
- Abstenerme de realizar conductas disruptivas. Me abstendré de llevar a cabo cualquier amenaza verbal o no verbal hacia algún miembro del personal del DIBAEU demás usuarios o hacia propiedades de la institución

*Elaborado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga, tomando como base el original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. y Watkin-Merek, L. (1996) Treatment Contract for Individual SRP Counselling, En M. H. Annis, A.M. Herie y L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 55-56), Addiction, Reserach Foundation, Toronto, Canada.

4. CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que el proceso de mi tratamiento será documentado y que el personal profesional del DIBAEU mantendrá completa confidencialidad, excepto cuando lo requieran las autoridades superiores de orden legal.

Excepciones específicas a la confidencialidad incluirán:

- Consultorías clínicas con otros miembros del personal profesional del DIBAEU
- Citas o requerimientos de una corte judicial
- Información relacionada con ciertas enfermedades infecciosas
- Información médica en el caso de una emergencia (entregada a un médico que la requiera)
- Cuando se sospeche abuso infantil
- Comisiones de una amenaza o amenazas de cometer crímenes violentos
- Información relacionada con riesgos involucrados en la operación de un vehículo motorizado.

Entiendo que habrá ocasiones en las que las sesiones de tratamiento serán observadas por personal autorizado, por estudiantes o profesionales de la salud (ya sea de manera personal ó por medio de un espejo de una sola vista (cámara de Gessell) con el propósito de entrenamiento, planeación del tratamiento o para el desarrollo y evaluación del DIBAEU Todos los lineamientos de la confidencialidad del personal aplicarán en estos casos

He discutido estos aspectos con mi terapeuta y estoy de acuerdo en cumplirlos

Firma y nombre del usuario

Firma y nombre del Terapeuta

Fecha

FCI-TAGEU*

Forma de Consentimiento Informado

Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada

NOMBRE _____ FECHA _____ Expediente #: _____

Mi terapeuta ha discutido conmigo mis metas relacionadas con mi consumo de alcohol y mis razones para desear cambiar mi patrón de consumo. De la misma manera, mi terapeuta me ha explicado en que consiste el Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU).

He llegado a la decisión de que quiero trabajar intensamente para cambiar mi consumo de alcohol al entrar al TAGEU. Comprendo que para poder permanecer en este programa debo cumplir con los siguientes puntos, y estoy de acuerdo en:

1. ASISTIR

Llegaré a tiempo a todas las sesiones de tratamiento. Si me enfermo o se presenta una emergencia llamaré por teléfono a mi terapeuta para cancelar la cita programada. Estoy enterado que el tratamiento estará integrado por 9 sesiones, aproximadamente, las cuales se distribuirán de la siguiente manera: 1 de evaluación, 1 de admisión, 4 de tratamiento y 4 de seguimiento al final del tratamiento.

2. CAMBIAR MI CONSUMO DE ALCOHOL

Estoy consciente que se espera que permanezca completamente comprometido en cambiar mi consumo de alcohol. En caso de que incumpla mi meta de consumo de alcohol, me comprometo a discutirlo abiertamente con mi terapeuta

3. PARTICIPAR

Estoy de acuerdo en participar ampliamente en el proceso de tratamiento. Esto incluye:

- Llevar a cabo las actividades que se me asignen. Estoy de acuerdo que como parte del programa, leeré tres breves ensayos y haré 3 ejercicios relacionados con las lecturas asignadas.
- También, que mantendré registros diarios de mi consumo de alcohol y/o uso de drogas. Estas lecturas y tareas son parte de mi tratamiento.

*Elaborado por Horacio Quiroga Anaya y Verónica Montes Castro, tomando como base el original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A., y Watkin-Merek, L. (1996) Treatment Contract for Individual SRP Counselling. En M. H. Annis, A.M. Herie & L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 55-56), Addiction, Research Foundation, Toronto, Canada.

- Llevar a cabo los automonitoreos y ejercicios semanales que se me asignen
- Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo después de la terminación de este tratamiento y durante un año. Entiendo que se programarán 4 entrevistas: al mes, 3, 6 y 12 meses después de que se me de de alta. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito funcionar como el seguimiento posterior, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y otra información relacionada. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista diagnóstica-prescriptiva.
- Estoy de acuerdo en proporcionar el nombre, dirección y número telefónico de una persona, quien podrá ser entrevistada por mi terapeuta para que brinde información de mi consumo reciente de alcohol y/o uso de drogas, así como de algunas conductas relacionadas.
- Abstenerme de realizar conductas disruptivas. Me abstendré de llevar a cabo cualquier amenaza verbal o no verbal hacia algún miembro del personal del TAGEU, demás usuarios o hacia propiedades de la Institución

4. CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que el proceso de mi tratamiento será documentado y que el personal profesional del TAGEU mantendrá competa confidencialidad, excepto cuando lo requieran autoridades superiores de orden legal. Excepciones específicas a la confidencialidad incluirán:

- Consultorías clínicas con otros miembros del personal profesional del TAGEU
- Citas o requerimientos de una corte judicial
- Información relacionada con ciertas enfermedades infecciosas
- Información médica en el caso de una emergencia (entregada a un médico que la requiera)
- Cuando se sospeche abuso infantil
- Comisiones de una amenaza o amenazas de cometer crímenes violentos
- Información relacionada con riesgos involucrados en la operación de un vehículo motorizado.

Entiendo que habrá ocasiones en las que las sesiones de tratamiento serán observadas por personal autorizado, por estudiantes o profesionales de la salud (ya sea de manera personal ó por medio de un espejo de una sola vista (cámara de Gessell) con el propósito de entrenamiento, planeación del tratamiento o para el desarrollo y evaluación del TAGEU.

Todos los lineamientos de la confidencialidad del personal aplicarán en estos casos

He discutido estos aspectos con mi terapeuta y estoy de acuerdo en cumplirlos

Firma y nombre del usuario

Firma y nombre del Terapeuta

Fecha

FCI-PEREU*

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Problemas de Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol

NOMBRE _____ FECHA _____ Expediente #: _____

Mi terapeuta ha discutido conmigo mis metas relacionadas con mi consumo de alcohol y mis razones para desear cambiar mi patrón de consumo. De la misma manera, mi terapeuta me ha explicado en que consiste el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial y Severa al Alcohol (PEREU).

He llegado a la decisión de que quiero trabajar intensamente para cambiar mi consumo de alcohol al entrar al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas. Comprendo que para permanecer en el PEREU debo cumplir con los siguientes puntos:

1. ASISTIR

Llegaré a tiempo a todas las sesiones. Si me enfermo o se presenta una emergencia llamaré por teléfono a mi terapeuta para cancelar la cita programada. Estoy enterado que el tratamiento total estará integrado por un mínimo de 10 sesiones y un promedio de 14, cuya distribución será: 1 de evaluación y admisión, 8 de tratamiento y 4 de seguimiento al final del tratamiento.

2. CAMBIAR MI CONSUMO DE ALCOHOL

Estoy consciente que se espera que permanezca completamente comprometido en cambiar mi consumo de alcohol. En caso de que incumpla mi meta de consumo de alcohol, me comprometo a discutirlo abiertamente con mi terapeuta.

3. PARTICIPAR

Estoy de acuerdo en participar ampliamente en el proceso de tratamiento. Esto incluye:

- Llevar a cabo las actividades que se me asignen
- Llevar a cabo los automonitoreos y ejercicios semanales que se me asignen.
- Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo después de la terminación de este tratamiento y durante un año. Entiendo que se programarán 4 entrevistas: al mes, 3, 6 y 12 meses después de que se me de de alta. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito funcionar como el seguimiento posterior, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y otra información relacionada. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista diagnóstica-prescriptiva.

*Traducido y adaptado al español por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. y Watkin-Merek, L. (1996) Treatment Contract for Individual SRP Counselling, En M.H. Annis, A.M. Herie y L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 55- 56), Addiction, Research Foundation, Toronto, Canada.

- Abstenerme de realizar conductas disruptivas. Me abstendré de llevar a cabo cualquier amenaza verbal o no verbal hacia algún Miembro del personal del PEREU, demás usuarios o hacia propiedades de la institución
- Estoy de acuerdo en proporcionar el nombre, dirección y número telefónico de una persona, quien podrá ser entrevistada por mi terapeuta para que brinde información de mi consumo reciente de alcohol y/o uso de drogas, así como de algunas conductas relacionadas.

4. CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que el proceso de mi tratamiento será documentado. Entiendo que el personal profesional del PEREU mantendrá competencia confidencialidad, excepto cuando lo requieran autoridades superiores de orden legal.

Excepciones específicas a la confidencialidad incluirán:

- Consultorías clínicas con otros miembros del personal profesional del PEREU
- Citas o requerimientos de una corte judicial
- Información relacionada con ciertas enfermedades infecciosas
- Información médica en el caso de una emergencia (entregada a un médico que la requiera)
- Cuando se sospeche abuso infantil
- Comisiones de una amenaza o amenazas de cometer crímenes violentos
- Información relacionada con riesgos involucrados en la operación de un vehículo motorizado.

Entiendo que habrá ocasiones en las que las sesiones de tratamiento serán observadas por personal autorizado, por estudiantes o profesionales de la salud (ya sea de manera personal ó por medio de un espejo de una sola vista (cámara de Gessell) con el propósito de entrenamiento, planeación del tratamiento o para el desarrollo y evaluación del PEREU. Todos los lineamientos de la confidencialidad del personal aplicarán en estos casos

He discutido estos aspectos con mi terapeuta y estoy de acuerdo en cumplirlos

Firma y nombre del usuario

Firma y nombre del Terapeuta

Fecha

ANEXO 2

**Instrumentos de Evaluación Específica y General para la
Planeación, Seguimiento y Evaluación del Tratamiento**

(ACC-A)*
Algoritmo de Compromiso para el Cambio
(Alcohol)

Esta entrevista se usa para clasificar al usuario según uno de los cinco estadios de cambio. Haga las siguientes preguntas en secuencia, y termine la entrevista cuando haya identificado el estadio del usuario.

¿Bebió usted durante los últimos 30 días? (circule SI o NO)

¿Está usted considerando dejar o moderar su consumo * dentro de los próximos 30 días?

Circule:

SI o NO

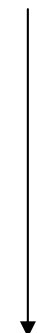


CODIFIQUE PRECONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted en abstinencia o bebió moderadamente* durante los últimos 30 días?

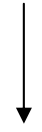
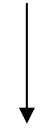
Circule:

SI o NO



¿Llevó a cabo por lo menos un intento para no beber **o intentó beber moderadamente durante los últimos 30 días?

SI o NO



CODIFIQUE PREPARACIÓN

CODIFIQUE CONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted abstinentemente por más de 60 días o bebió moderadamente * por más de 60 días?

Circule:

SI o

NO



CODIFIQUE MANTENIMIENTO

CODIFIQUE ACCIÓN

* Traducido y Adaptado al español por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo del original en lengua inglesa de Shoeber, R. y Annis, H. M. (1995). The Commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties Manuscript in Preparation.

ESTADIOS DE CAMBIO

Precontemplación - El cliente se dedicó a beber durante los últimos 30 días, y no está considerando dejar o beber moderadamente*, dentro de los próximos 30 días.

Contemplación - El cliente se dedicó a beber durante los últimos 30 días pero está considerando dejar o moderar el consumo*, dentro de los próximos 30 días.

Preparación - El cliente se dedicó a beber durante los últimos 30 días pero llevó a cabo por lo menos un intento para dejar o intentó adoptar el consumo moderado*, durante los últimos 30 días.

Acción - El cliente se mantuvo continuamente abstinentemente durante los últimos 30 días o se adhirió con éxito a los límites superiores del consumo moderado* durante los últimos 30 días.

Mantenimiento.-El cliente se mantuvo continuamente abstinentemente por más de 60 días o se adhirió con éxito a los límites superiores del consumo moderado por más de 60 días.

Beber moderadamente se refiere a beber dentro de los límites superiores siguientes.

- No beber diariamente
- No beber más de 4 copas en cualquier día (si es varón)
- No beber más de 3 copas en cualquier día (si es mujer)
- No beber más de 12 copas durante la semana (si es varón),
- No beber más de 9 copas durante la semana, (si es mujer)

una copa = 1 1/2 onz. (43 ml).

3 oz. (85 ml -) destilados

5 oz. (142 ml) vino de mesa

12 oz. (341 ml) cerveza regular

**Intento de dejar: se refiere a la abstinencia exitosa como la define el cliente (por ejemplo, en relación con el momento, lugar, personas o situaciones).

EL ESTADIO DEL CLIENTE ES: _____.

(ISCD-A-50)*

**Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas
(Alcohol)**

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **EXP.:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cuidadosamente cada reactivo y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado:

Marque:

- 1 Si usted "NUNCA" consumió en exceso en esa situación.
- 2 Si usted "OCASIONALMENTE" consumió en exceso en esa situación.
- 3 Si usted "FRECUENTEMENTE" consumió en exceso en esa situación.
- 4 Si usted "CASI SIEMPRE" consumió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando me sentía deprimido(a) por cualquier cosa.	1	2	3	4
2. Cuando me sentía tembloroso(a), enfermo(a) o con náuseas.	1	2	3	4
3. Cuando me sentía muy contento(a) o feliz.	1	2	3	4
4. Cuando sentía que no había a donde ir.	1	2	3	4
5. Cuando deseaba ver si podía consumir de manera moderada.	1	2	3	4
6. Cuando me encontraba en un lugar en donde había consumido o comprado alcohol previamente.	1	2	3	4
7. Cuando me sentía tenso(a) o incomodo(a) ante la presencia de alguien.	1	2	3	4

*Traducido y adaptado al español por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo del original en lengua inglesa de Annis, H. M. y G. Martin, (1985) Inventory of Drug-Taking Situations. Addiction Research Foundation of Ontario. En Annis, H.M., Herie, M. A. y Watkin-Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An outpatient Counselling Approach, (pp. 28-36), Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
8. Cuando me invitaban a la casa de alguien y me sentía apenado(a) de rechazar consumir cuando me ofrecían una copa.	1	2	3	4
9. Cuando me reunía con amigos(as) y deseábamos pasar un buen rato.	1	2	3	4
10. Cuando me sentía incapaz de expresar mis sentimientos hacia alguien.	1	2	3	4
11. Cuando me sentía abandonado(a).	1	2	3	4
12. Cuando no podía dormir.	1	2	3	4
13. Cuando me sentía seguro(a) y relajado(a).	1	2	3	4
14. Cuando estaba aburrido(a).	1	2	3	4
15. Cuando quería probarme a mi mismo(a) que el alcohol no constituía un problema para mí.	1	2	3	4
16. Cuando veía algo que me recordaba la bebida.	1	2	3	4
17. Cuando otras personas me rechazaban o parecía que yo no les gustaba.	1	2	3	4
18. Cuando salía con mis amigo(a)s y me sugerían que fuéramos a un lugar a beber.	1	2	3	4
19. Cuando estaba con un amigo(a) muy íntimo(a) y queríamos sentirnos más cerca el uno del otro.	1	2	3	4
20. Cuando otras personas me trataban injustamente o interferían con mis planes.	1	2	3	4
21. Cuando estaba solo(a).	1	2	3	4
22. Cuando quería estar despierto(a), más alerta o con más energía.	1	2	3	4
23. Cuando me sentía excitado(a) por algo.	1	2	3	4

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
24. Cuando me sentía ansioso (a) o tenso (a) por algo.	1	2	3	4
25. Cuando quería averiguar si podría beber una copa de manera ocasional sin picarme.	1	2	3	4
26. Cuando había estado consumiendo drogas y pensé en beber.	1	2	3	4
27. Cuando sentía que mi familia estaba presionándome mucho o que no podía satisfacer sus expectativas.	1	2	3	4
28. Cuando otros en el mismo cuarto estaban bebiendo y sentía que esperaban que me les uniera.	1	2	3	4
29. Cuando estaba con amigos(as) y quería aumentar el placer.	1	2	3	4
30. Cuando no me estaba llevando bien con los demás en la escuela o en el trabajo.	1	2	3	4
31. Cuando me empezaba a sentir culpable por algo.	1	2	3	4
32. Cuando quería perder peso.	1	2	3	4
33. Cuando me sentía contento con mi vida.	1	2	3	4
34. Cuando me sentía abrumado y quería escapar.	1	2	3	4
35. Cuando quería probar que podía estar con amigos que bebían sin que yo tomara.	1	2	3	4
36. Cuando escuchaba a alguien hablar sobre sus experiencias acerca de la bebida.	1	2	3	4
37. Cuando había peleas en casa.	1	2	3	4
38. Cuando estaba presionado para beber y sentía que no podía negarme.	1	2	3	4

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
39. Cuando quería celebrar con un (a) amigo (a)	1	2	3	4
40. Cuando alguien estaba insatisfecho(a) con mi trabajo o me sentía presionado(a) en la escuela o en mi trabajo.	1	2	3	4
41. Cuando me sentía enojado(a) del giro en que habían tomado los acontecimientos.	1	2	3	4
42. Cuando tenía un dolor de cabeza o tenía un dolor físico.	1	2	3	4
43. Cuando recordaba algo bueno que había pasado.	1	2	3	4
44. Cuando me sentía confundido de lo que debería de hacer.	1	2	3	4
45. Cuando quería probar si podía estar en lugares en los que personas estuvieran bebiendo sin que yo lo hiciera.	1	2	3	4
46. Cuando empezaba a pensar que bien se sentiría el beber unas copas o el sentirse intoxicado.	1	2	3	4
47. Cuando sentía de que necesitaba valor para encarar a alguien.	1	2	3	4
48. Cuando estaba con un grupo de personas y todos estaban bebiendo.	1	2	3	4
49. Cuando estaba pasando un buen rato y quería aumentar mi placer sexual.	1	2	3	4
50. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente.	1	2	3	4

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (iscd-a-50) Forma de Calificación Manual

TIPO DE DROGA: _____ **Primaria** _____ **ó Secundaria** _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **FECHA:** _____ **SEXO:** F M

Circule el número correspondiente a la respuesta dada a cada uno de los ítems. Sume los puntajes de los renglones correspondientes a cada sub-escala y calcule el Índice del Problema.
NOTA: Las sub-escalas 1 y 6 están conformadas por 10 ítems cada una. Suma los puntajes de los dos renglones de ítems que componen a cada una de dichas sub-escalas. .

					SUBESCALA	ÍNDICE DEL PROBLEMA
1. 1 2 3 4	11. 1 2 3 4	21. 1 2 3 4	31. 1 2 3 4	41. 1 2 3 4	$\triangleright \triangle 1. \frac{-10}{30} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$	
2. 1 2 3 4	12. 1 2 3 4	22. 1 2 3 4	32. 1 2 3 4	42. 1 2 3 4		
3. 1 2 3 4	13. 1 2 3 4	23. 1 2 3 4	33. 1 2 3 4	43. 1 2 3 4	$\triangle 1$	
4. 1 2 3 4	14. 1 2 3 4	24. 1 2 3 4	34. 1 2 3 4	44. 1 2 3 4		
5. 1 2 3 4	15. 1 2 3 4	25. 1 2 3 4	35. 1 2 3 4	45. 1 2 3 4	$4. \frac{-5}{15} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$	
6. 1 2 3 4	16. 1 2 3 4	26. 1 2 3 4	36. 1 2 3 4	46. 1 2 3 4	$5. \frac{-5}{15} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$	
7. 1 2 3 4	17. 1 2 3 4	27. 1 2 3 4	37. 1 2 3 4	47. 1 2 3 4	$\triangleright \triangle 6. \frac{-10}{30} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$	
8. 1 2 3 4	18. 1 2 3 4	28. 1 2 3 4	38. 1 2 3 4	48. 1 2 3 4		
9. 1 2 3 4	19. 1 2 3 4	29. 1 2 3 4	39. 1 2 3 4	49. 1 2 3 4	$\triangle 6$	
10. 1 2 3 4	20. 1 2 3 4	30. 1 2 3 4	40. 1 2 3 4	50. 1 2 3 4		

PERFIL DEL USUARIO



Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (IDTS-50-Alcohol; por sus siglas en inglés; Annis & Graham, 1985; Annis, Herie, & Watkin-Merek, 1996) es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems que proporciona un perfil de las situaciones en las que el individuo usó alcohol durante el último año. Este inventario es probablemente el método más ampliamente empleado para evaluar disparadores para el consumo de alcohol y fue desarrollado para reflejar cada uno de los ocho contextos de consumo señalados por el Dr. Allan Marlatt de la Universidad de Washington en Seattle, y en consecuencia, sigue un sistema de clasificación basado en el trabajo de dicho autor y sus colaboradores (Marlatt y Gordón, 1980; 1985).

Antecedentes

El inventario de Situaciones de Consumo (IDS; Annis, 1982), antecedente del ISCD-A-50, fue originalmente desarrollado como un instrumento para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pudieran ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1986), basándose en un microanálisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos, resultan en consumo excesivo. A diferencia del IDS que está compuesto de 100 ítems, el ISCD-A-50 contiene sólo 50 ítems y puede ser empleado también como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo (Annis & Davis; Peachey & Annis, 1985). Por otro lado, empleado como instrumento de investigación, el ISCD-A-50 constituye una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída.

Descripción del instrumento

Al igual que IDS original, el ISCD-A-50 se encuentra diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior, así como para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:

La escala evalúa ocho categorías de situaciones de uso de drogas, las cuales son divididas en dos clases:

1. Estados personales en que el uso de alcohol involucra una respuesta a un evento que es principalmente psicológico o físico en su naturaleza; y
2. Situaciones que involucran a otras personas en las cuales una influencia significativa de otro individuo se encuentra involucrada.

Los Estados Personales se subdividen en cinco categorías:

- Emociones Desagradables (10 ítems).
- Malestar físico (5 ítems).
- Emociones Agradables (5 ítems).
- Probando el Control Personal (5 ítems).
- Impulsos y Tentaciones para el Uso (5 ítems).

Las situaciones que Involucran a Otras Personas se subdividen en tres categorías:

- Conflicto con Otros (10 ítems).
- Presión Social para el Uso (5 ítems).

Momentos Agradables con Otros (5 ítems).

Los ocho subpuntajes conforman un perfil de riesgo para el consumo de alcohol para cada usuario. Las respuestas pueden calcularse para formar un índice del problema, el cual proporciona una indicación de la frecuencia de consumo excesivo del usuario en cada una de los ocho tipos de situaciones.

Este sistema de clasificación se desarrolló con base en el trabajo del Dr. Allan Marlatt, en donde alcohólicos crónicos del sexo masculino fueron entrevistados y se les preguntaron las circunstancias que rodeaban su primer episodio de recaída después de haber sido dados de alta de un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia. Al efectuarse un análisis de contenido de las respuestas, se derivó un sistema de clasificación de ocho categorías (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985).

Para el desarrollo de este instrumento, se revisaron el Litman's Dangerousness Questionnaire (Litman, Eiser, Rawson, Oppenheim, 1979), el Chaney's Situational Competency and Situational Difficulty Tests (Chaney, O'Leary, Marlatt, 1978); el Marlatt's Drinking Profile (Marlatt, 1976), el Wiikinson's self-efficacy Inventory (Wilkinson y Martin, 1979), y el Deardorff's Situations for Drinking Questionnaire (Deardorff, Melges, Hout, y Savage, 1975). Las sugerencias para el contenido de los reactivos fueron obtenidas de pláticas con especialistas, alcohólicos y pacientes. Un borrador del primer cuestionario fue enviado a cinco especialistas con experiencia en la práctica clínica (tratamiento de alcohólicos) y se les pedía sus comentarios y sugerencias sobre la claridad de los reactivos y si cubrían todas las situaciones de recaída. Retroalimentación similar, durante el piteo del cuestionario, se solicitó a pacientes admitidos en un programa de tratamiento.

La versión final del IDS estuvo integrada por 100 reactivos, seis de las ocho subescalas (Malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad, y momentos agradables con otros) están representadas con 10 reactivos y las otras dos subescalas (emociones desagradables y conflicto con otros) están representadas por 20 reactivos en cada categoría.

Características psicométricas del IDS

A fin de medir las propiedades psicométricas del instrumento se entrevistó durante dos años a 247 pacientes que acudían a tratamiento en la Addiction Research Foundation, y que deseaban participar voluntariamente en el proyecto. Sólo se eliminaron aquellos pacientes cuya sustancia de abuso no era el alcohol o que demostraban una inadecuada comprensión del idioma.

Estructura interna: Los puntajes de cada una de las ocho subescalas conformaron una distribución normal.

Validez de contenido: Las ocho subescalas demostraron una validez de contenido adecuada y se considera que representan adecuadamente el universo de situaciones de recaída.

Validez externa: El IDS no sólo demostró su utilidad para medir frecuencia de consumo excesivo, sino también para identificar situaciones específicas de personas con patrones de consumo excesivo.

Confiabilidad: Se encontró que cada una de las ocho subescalas tenían confiabilidad para individuos que buscaban tratamiento por ser bebedores problema.

Forma de administración del ISCD-A-50

El ISCD-A-50 puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado y se requiere de 15

minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 50 ítems. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. No puede ser aplicado cuando una persona se encuentra bajo la influencia del alcohol o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Las instrucciones que se le deben dar al usuario son las siguientes:

- a) A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos.
- b) Lea cuidadosamente cada frase, y marque la respuesta, que en forma más precisa describe con qué frecuencia consumió en exceso ante diversas situaciones el año pasado.
- c) Cada uno de los 50 reactivos se contesta en una escala de cuatro puntos.
 1. Si usted "nunca" bebía en exceso en esa situación.
 2. Si "ocasionalmente" bebía en exceso en esa situación.
 3. Si "frecuentemente" bebía en exceso en esa situación.
 4. Si "casi siempre" bebía en exceso en esa situación.

La definición de *consumo excesivo* es subjetiva y se basa en la percepción de la persona que contesta el cuestionario sobre lo que para ella significa *exceso*.

Forma de calificación

Los 50 ítems se califican de la siguiente manera:

- a) Una respuesta de "1" = 0.
- b) Una respuesta de "2" = 1.
- c) Una respuesta de "3" = 2.
- d) Una respuesta de "4" = 3.

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando simplemente los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala .

Los subpuntajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final llamado Índice del problema, esto se hace dividiendo cada subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala y multiplicando por 100. Las fórmulas para calcular el Índice del problema se encuentran en la tabla 1.

Interpretación

Los puntajes del ISCD-A-50 pueden ser interpretados desde tres perspectivas distintas:

1. Índice del problema.
2. Perfil del usuario.
3. Comparación de puntales crudos con la norma.⁶

1. Índice del problema

Los puntajes de cada subescala van de 0 a 100, e indican la magnitud del problema del cliente relacionado con su consumo excesivo en esa escala (Véase tabla 2). Por ejemplo, un puntaje de 0 en una subescala indica

que la persona evaluada nunca bebió en exceso en esa situación durante el año pasado y, por lo tanto, es una situación que no presenta riesgo para el individuo. En el otro extremo, un puntaje de entre 67 y 100 indica consumo excesivo muy frecuente en esa situación durante el año pasado y, por lo tanto, el terapeuta debe considerar esta situación como de alto riesgo. El terapeuta puede analizar cada una de las ocho subescalas, pero un mejor perfil se obtiene del análisis de las ocho subescalas en conjunto. La jerarquía de situaciones de alto riesgo se hace poniendo primero los puntajes más altos, y estos tres puntajes más altos representan las áreas de mayor riesgo para consumir en exceso.

2. Perfil del usuario

El perfil de la persona evaluada se construye graficando las ocho subescalas en una gráfica de barras. Primero se incluyen las cinco subescalas que corresponden a estados personales y después las tres escalas de situaciones que involucran a terceras personas. De esta forma se puede observar si el individuo consume en forma excesiva en situaciones personales o en situaciones de grupo.

Otra forma de obtener un perfil del individuo es categorizando las subescalas en situaciones *positivas* o *negativas*, por ejemplo, emociones desagradables, conflicto, necesidad de consumir, son situaciones negativas, mientras que emociones agradables o momentos agradables son situaciones positivas.

Ventajas y limitaciones del ISCD-A-50

El ISCD-A-50 proporciona una evaluación de las situaciones de alto riesgo para consumir en exceso. Es un instrumento breve y de fácil administración. Los resultados del perfil de la persona evaluada son de utilidad para el terapeuta en el desarrollo del plan individual de tratamiento. El IDS tiene su marco teórico en una aproximación cognitivo-conductual, con base en el trabajo empírico de Marlatt y su grupo, que definieron las situaciones antecedentes que llevan a un alcohólico a recaer.

La investigación muestra que el ISCD-A-50 tiene confiabilidad y validez. Este instrumento puede ser utilizado como una herramienta de investigación o en la práctica clínica. Sin embargo, algunas precauciones deben tomarse en cuenta. Algunos clientes tienden a minimizar la frecuencia de su consumo excesivo; de esta forma la tendencia del perfil resultará en un perfil de baja elevación, sin embargo, las diferencias obtenidas entre las diversas subescalas puede seguir siendo de utilidad clínica. Se requiere más investigación para refinar las propiedades de medida de este inventario, en particular aplicándolo a diversas poblaciones que inician un tratamiento.

Adaptación del ISCD-A-50 en México

Para utilizar el ISCD-A-50 en México, se siguió un procedimiento similar al empleado para adaptar el IDS por Echeverría, Oviedo y Ayala (1998). Esto es, un equipo de psicólogos revisó cada ítem en el idioma original y se discutieron los aspectos culturales de cada pregunta, así como los aspectos técnicos (médicos, psicológicos y/o sociales). Varias opciones se dieron a cada reactivo, se mantuvo un lenguaje simple, evitando uso de metáforas y de frases coloquiales. Posteriormente un traductor para que hiciera una revisión final del trabajo.

Una vez terminada esta fase se les pidió a 8 profesionales especialistas en el tema (psicólogos, médicos, antropólogos y sociólogos) que evaluaran la claridad de redacción y si las preguntas resultaban idóneas desde el punto de vista cultural. Se hizo un análisis de los resultados y se modificaron algunos ítems. Posteriormente, se piloteó el instrumento utilizando una muestra de 36 personas formada por 66 por ciento del sexo masculino y 37

por ciento del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo, y con un nivel educativo mínimo de licenciatura.

Bibliografía

- Annis, H.M. (1982). Inventory of drinking situations, Toronto, Addiction Research Foundation of Ontario", 1982.
- Annis, H.M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics", en W.R. Miller y N. Heather, *The Addictive Behaviors*, vol. 11, *Processes of change*, Pergamon Press, Nueva York.
- Annis, H.M. & Davis, C.S. (1988). "Assessment of expectancies in alcohol dependent clients", en G.A. Marlatt y D. Donovan, *Assessment of Addictive Behaviors*. Guilford Press, Nueva York, 1988.
- Annis, H.M. & G. Martin (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1985.
- Armor, D.J., Polish, J.M., & Stambul, H.B. (1978). *Alcoholism and Treatment*. Wiley, Nueva York,
- Finnley, J.W., Moos, R.H. & Newborn, C.R. (1989). "Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 1980.
- Marlatt, G.A., (1976). "The drinking profile: A questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism", en E.J. Mash y L.G. Terdal, *Behavior therapy assessment: diagnosis, design and evaluation*, Springer, Nueva York,
- Marlatt, G.A. (1978). "Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis", en P.E. Nathan, G.A. Marlatt & Loberg. *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*. Academic Press, Nueva York
- Marlatt, G.A. (1979). 'A cognitive-behavioral model of the relapse process, en N.A. Krasnegor, *Behavioral analysis and treatment Of Substance abuse*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph, 25, Rockville, Maryland, 1979.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). "Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change", en P. Davidson and Davidson, S. *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. Brunner / Maze inc. New York. .
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Guilford Press, Nueva York.
- Skinner, H.A. & Horn, J.K. *Alcohol dependence scale (ADS): User's guide*, Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto, 1984.

(CCCD-A-50)*
**Cuestionario de Confianza para el Consumo
 de Drogas (Alcohol)**

INSTRUCCIONES

A continuación se muestra un listado de situaciones o eventos en los cuales algunas personas han experimentado un consumo problemático. Imagine que está ahora en cada una de estas situaciones. Indique de acuerdo con la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a la urgencia de consumir excesivamente en cada situación. Circule 100 si está 100% seguro de resistirse a los impulsos para consumir en exceso, 80 si está 80% seguro de resistir, 60 si está 60% seguro. Si está más inseguro que seguro circule 40 para indicar que sólo está el 40% seguro de resistir los impulsos para consumir excesivamente; 20 para cuando esté 20% seguro y 0 cuando usted no está seguro de resistir en esta situación.

Sería capaz de resistir la urgencia de consumir alcohol:	Inseguro	Seguro
1. Si estuviera deprimido por cualquier cosa.	0 20 40	60 80 100
2. Si me sintiera tembloroso, mareado o con náuseas.	0 20 40	60 80 100
3. Si estuviera feliz.	0 20 40	60 80 100
4. Si sintiera que ya no tiene a dónde más acudir.	0 20 40	60 80 100
5. Si quisiera ver si puedo beber con moderación.	0 20 40	60 80 100
6. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compré la droga.	0 20 40	60 80 100
7. Si me sintiera tenso o incomodo con la presencia de alguien.	0 20 40	60 80 100
8. Si me invitan a una casa y sintiera inapropiado rechazarlos cuando me ofrezcan un trago.	0 20 40	60 80 100
9. Si me encontrara con viejos amigos y quisiera pasar un buen momento.	0 20 40	60 80 100
10. Si no pudiera expresar mis sentimientos a alguien.	0 20 40	60 80 100
11. Si sintiera que se ha fallado asimismo	0 20 40	60 80 100
12. Si tuviera problemas para conciliar el sueño.	0 20 40	60 80 100
13. Si me sintiera seguro y relajado.	0 20 40	60 80 100

*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo, a partir de Annis, H.M., Herie, M.A. y Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50) Alcohol. En H. M. Annis, Marilyn A. Herie, y Lyn Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counseling Approach* (pp. 72-80). Addiction Research Foundation.

Sería capaz de resistir la urgencia de consumir alcohol:	Inseguro	Seguro
14. Si estuviera aburrido.	0 20 40 60 80 100	
15. Si quisiera probarme que el alcohol no es un problema para mí.	0 20 40 60 80 100	
16. Si encontrara inesperadamente una bebida o ocurriera algo que me recordara mi consumo.	0 20 40 60 80 100	
17. Si me rechazaran otras personas o que no les gustara algo de mí.	0 20 40 60 80 100	
18. Si saliera con amigos y sugirieran que fuéramos a algún lugar para beber.	0 20 40 60 80 100	
19. Si estuviera con un amigo íntimo y quisiéramos sentirnos más unidos.	0 20 40 60 80 100	
20. Si otras personas me trataran injustamente o interfiriera en mis planes.	0 20 40 60 80 100	
21. Si estuviera solo.	0 20 40 60 80 100	
22. Si quisiera sentirme más alerta o tener más energía.	0 20 40 60 80 100	
23. Si me sintiera excitado por algo.	0 20 40 60 80 100	
24. Si sintiera ansiedad o estuviera tenso por alguna cosa.	0 20 40 60 80 100	
25. Si quisiera salir para probar que puedo beber ocasionalmente sin volverme un adicto.	0 20 40 60 80 100	
26. Si estuviera usando drogas y pensara en beber.	0 20 40 60 80 100	
27. Si sintiera que mi familia me está presionando o que no puedo estar por arriba de sus expectativas.	0 20 40 60 80 100	
28. Si otras personas estuvieran consumiendo en la misma habitación y sintiera que quieren que se una a ellas.	0 20 40 60 80 100	
29. Si estuviera con amigos y quisiera incrementar mi diversión.	0 20 40 60 80 100	
30. Si no me llevara bien con otros en la escuela o trabajo.	0 20 40 60 80 100	
31. Si empiezo a sentirme culpable por algo.	0 20 40 60 80 100	
32. Si quisiera perder peso.	0 20 40 60 80 100	

Sería capaz de resistir la urgencia de consumir:	Inseguro	Seguro
33. Si estuviera satisfecho con mi vida.	0 20 40	60 80 100
34. Si me sintiera abrumado y quisiera escapar.	0 20 40	60 80 100
35. Si quisiera salir con amigos que beben para probar que puedo estar con ellos sin consumir.	0 20 40	60 80 100
36. Si escuchara a alguien hablar de sus experiencias con el consumo.	0 20 40	60 80 100
37. Si tuviera problemas en casa.	0 20 40	60 80 100
38. Si me estuvieran presionando para beber y sintiera que no Puedo rechazarlos.	0 20 40	60 80 100
39. Si quisiera celebrar con un amigo.	0 20 40	60 80 100
40. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo o me sintiera presionado en la escuela o trabajo.	0 20 40	60 80 100
41. Si estuviera enojado por alguna cosa y me tuviera que salir.	0 20 40	60 80 100
42. Si tuviera dolor de cabeza o un dolor físico.	0 20 40	60 80 100
43. Si recordara cosas buenas que me ocurrieron.	0 20 40	60 80 100
44. Si me sintiera confundido de qué es lo que debería hacer.	0 20 40	60 80 100
45. Si quisiera salir para probar que puedo estar sin consumir en lugares Donde las personas están bebiendo.	0 20 40	60 80 100
46. Si empezara a pensar que podría sentirme bien con pocos tragos sin sentirme intoxicado.	0 20 40	60 80 100
47. Si sintiera que necesito valor para enfrentarme a alguien.	0 20 40	60 80 100
48. Si estuviera con un grupo de personas donde todos consumen.	0 20 40	60 80 100
49. Si estuviera en un buen momento y quisiera incrementar mi satisfacción sexual.	0 20 40	60 80 100
50. Si sintiera que alguien está intentando controlarme y quisiera sentirme más independiente.	0 20 40	60 80 100

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50) Forma de Calificación Manual

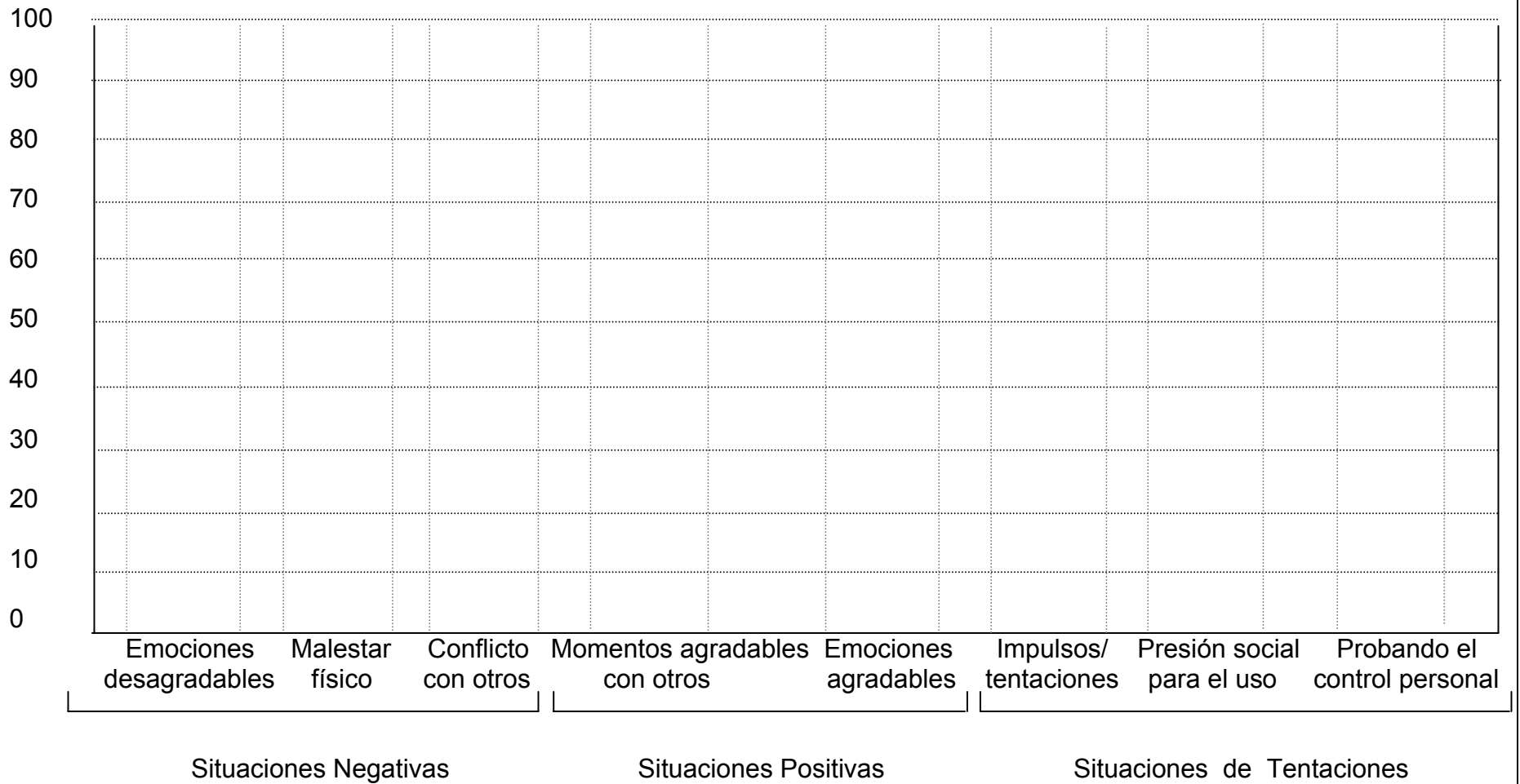
TIPO DE DROGA: _____ **Primaria** _____ **ó Secundaria** _____
NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **FECHA:** _____ **SEXO:** F M

Escriba el puntaje dado en cada uno de los ítems. Sume los puntajes de cada renglón o renglones correspondientes a cada sub.-escala y calcule el Nivel de Confianza.
 NOTA: Las sub.-escalas 1 y 6 están conformadas por 10 ítems cada una. Sume los puntajes de los ítems correspondientes de los dos renglones que componen cada una de estas dos sub.-Escala.

					SUBESCALAS	NIVEL DE CONFIANZA
1. _____	11. _____	21. _____	31. _____	41. _____	$\triangleright \triangle 1. \frac{\quad}{10} = \quad \%$	
2. _____	12. _____	22. _____	32. _____	42. _____	$2. \frac{\quad}{5} = \quad \%$	
3. _____	13. _____	23. _____	33. _____	43. _____	$3. \frac{\quad}{5} = \quad \%$	
4. _____	14. _____	24. _____	34. _____	44. _____	$\triangle 1$	
5. _____	15. _____	25. _____	35. _____	45. _____	$4. \frac{\quad}{5} = \quad \%$	
6. _____	16. _____	26. _____	36. _____	46. _____	$5. \frac{\quad}{5} = \quad \%$	
7. _____	17. _____	27. _____	37. _____	47. _____	$\triangleright \triangle 6. \frac{\quad}{10} = \quad \%$	
8. _____	18. _____	28. _____	38. _____	48. _____	$7. \frac{\quad}{5} = \quad \%$	
9. _____	19. _____	29. _____	39. _____	49. _____	$8. \frac{\quad}{5} = \quad \%$	
10. _____	20. _____	30. _____	40. _____	50. _____	$\triangle 6$	

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50)

PERFIL DE CONFIANZA



Desarrollo del CCCD-A-50

Antecedentes

El Cuestionario de Confianza Situacional (SQC, por sus siglas en inglés; Annis & Graham, 1988) antecedente del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (DTCQ-50-Alcohol; por sus siglas en inglés; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996) fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan, durante el tratamiento, la evolución de la autoeficacia del usuario de alcohol en relación con situaciones de riesgo de consumo específicas durante el tratamiento. También se emplea como una medida de autoeficacia en situaciones de riesgo para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída. A diferencia del SQC que está compuesto de 100 ítems, el DTCQ-50-Alcohol contiene sólo 50 ítems y puede ser empleado también como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de riesgo en un individuo. Por otro lado, empleado como instrumento de investigación, el DTCQ-A-50-Alcohol constituye una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída.

Descripción del instrumento

El CCCD-A-50 diseñado para medir el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del cliente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol es un cuestionario de autorreporte. Las situaciones en las que se consume alcohol, medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980), quienes encontraron que estas situaciones podían agruparse en:

1. *Situaciones personales*, en donde el beber involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física: se subdivide en cinco categorías:

- a) Emociones desagradables (10)
- b) Malestar físico (5)
- e) Emociones agradables (5)
- d) Probando autocontrol (5)
- e) Necesidad física o urgencia por consumir alcohol (5)

2. *Situaciones de grupo*, en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada: se subdividen en tres categorías

- a) Conflicto con otros (10)
- b) Presión social (5)
- e) Momentos agradables (5)

Características psicométricas del SQC

Con el fin de medir las propiedades psicométricas del instrumento se aplicó el

cuestionario a una muestra de 424 clientes admitidos en dos tratamientos de alcoholismo en la Addiction Research Foundation en Canadá, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. El 27 por ciento eran mujeres y el 73 por ciento eran hombres. La mayoría no estaban casados. Su edad entre 18 y 76 años. El 44.2 por ciento tenían estudios de preparatoria y un 25.5 por ciento tenían estudios profesionales. El consumo promedio de la muestra durante el año anterior fue de 9.8 tragos estándar por día y una frecuencia promedio de 4.4 días a la semana. El número promedio de años del problema fue de 8.1 y en la Escala de dependencia al alcohol (Skinner & Horn, 1984) se obtuvo un puntaje promedio de 17.5. Todos los clientes resolvieron el CES al momento de ingresar al tratamiento.

Estructura interna: Los puntajes de cada una de las ocho categorías conformaron una distribución normal.

Validez del constructo: El constructo de autoeficacia, conceptualizado por Bandura (1977) se define como una variable cognitiva que involucra un juicio relacionado con la habilidad que uno tiene para resistir la necesidad de beber en exceso y para identificar el nivel de confianza en cada una de las ocho categorías.

Para obtener la validez del constructo se correlacionó cada una de las ocho categorías con medidas de consumo de alcohol y con medidas del contexto social donde se bebe. Los resultados apoyan la validez del constructo.

Validez de criterio: El Cuestionario demostró discriminar significativamente entre personas exitosas en su tratamiento (un año de abstinencia después del tratamiento) y clientes recién admitidos a un programa de tratamiento. También demostró utilidad para predecir situaciones en donde una recaída puede ocurrir.

Confiabilidad: Se encontró que cada una de las ocho categorías del cuestionario muestra confiabilidad para ser aplicadas a individuos que buscan tratamiento por ser bebedores excesivos.

Forma de administración del CCCD-A-50

El CCCD-A-50 puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado y se requiere de 10 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 50 ítems. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. No puede ser aplicado cuando una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Las instrucciones que se deben dar al usuario son las siguientes:

1. A continuación se le presentan una lista de situaciones o eventos ante los cuales algunas personas consumen en exceso bebidas alcohólicas.

2. imagínese que en este momento está usted en cada una de estas situaciones. Indique en la escala qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso estando en esa situación.
3. Cada uno de los 50 ítems se contestan en una escala que va de 0 a 100 puntos. Encierre en un círculo:
 - a) 100, si está 100 por ciento seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación.
 - b) 80, si está 80 por ciento seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación.
 - c) 40, si está 40 por ciento seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación.
 - d) 20, si está 20 por ciento seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación;
 - e) 0, si se encuentra totalmente inseguro ante esa situación.

La definición de *consumo excesivo* es subjetiva y se basa en la percepción de la persona que contesta el cuestionario de lo que para él/ella significa exceso.

Forma de calificación del CCCD-A-50

Los 50 reactivos se califican de la siguiente manera:

- a) Una respuesta de "0" = 0
- b) Una respuesta de "20" = 1
- c) Una respuesta de "40" = 2
- d) Una respuesta de "60" = 3
- e) Una respuesta de "80" = 4
- f) Una respuesta de "100" = 5

Se calculan ocho puntajes que corresponden a las ocho categorías, sumando simplemente los puntos de los ítems que corresponden a cada una de las subescalas. Los ocho puntajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final, esto se hace dividiendo cada puntaje obtenido entre el puntaje máximo posible en esa categoría y multiplicando por 100. La fórmula para calcular el índice del problema se encuentra en la tabla 1.

Interpretación del CCCD-A-50

Los puntajes del CCCD-A-50 pueden ser interpretados desde tres perspectivas distintas:

1. Puntaje de confianza.
2. Perfil del usuario.

3. Comparación de puntajes crudos con la norma.

Puntaje de confianza

Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100 por ciento e indican la confianza del usuario en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de beber en forma excesiva en esa situación, Véase la tabla 2. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20 por ciento en una categoría indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el cliente. Un puntaje de 80 por ciento indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo excesivo de alcohol ante esa situación y, por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente. El terapeuta puede analizar cada una de las categorías, pero es mejor hacer un análisis de las ocho categorías en conjunto.

Perfil del Usuario

Una jerarquía de puntajes de confianza se puede formar ordenando las ocho categorías de acuerdo con los puntajes del usuario. Aquellas situaciones que tienen los puntajes más altos representan las áreas de mayor confianza para el usuario. Es decir, donde puede controlar su consumo. El perfil del usuario se construye graficando los puntajes de las ocho categorías en una gráfica de barras. Otra forma de obtener un perfil del usuario es agrupando las categorías en situaciones *positivas, negativas, urgencia*.

Ventajas y limitaciones del CCD-A-50

El CCCS-A-50 proporciona una medida de confianza, de un cliente alcohólico, de su habilidad para resistir la necesidad de beber en exceso. El perfil que resulte de los niveles de confianza en situaciones específicas puede ser de utilidad para monitorear el progreso del cliente durante el tratamiento. El cuestionario tiene su marco teórico en la teoría cognitivo-conductual de Bandura y está basado en el trabajo empírico de Marlatt y colaboradores que definieron las situaciones antecedentes que llevan a recaer a un alcohólico.

La investigación muestra que el CCCD-A-50 tiene confiabilidad y validez. Puede ser utilizado como una herramienta de investigación o en la práctica clínica. Sin embargo, algunas precauciones deben tomarse en cuenta. Debido a que el contenido del instrumento es obvio, algunas personas tienden a maximizar su nivel reportado de confianza; esta tendencia de responder puede resultar en un perfil general muy elevado, sin embargo, las diferencias obtenidas en las distintas categorías puede seguir siendo de utilidad clínica. Más investigación se requiere para refinar las propiedades de medida de este instrumento, en particular aplicándolo a diversas poblaciones que buscan un tratamiento, para establecer la relación entre episodios de recaídas y como una herramienta para monitorear el progreso durante el tratamiento.

Adaptación del ISCD-A-50 en México

Para utilizar el CCCD-A-50 en México, se siguió un procedimiento similar al empleado por Echeverría, Oviedo y Ayala (1998). Esto es, un equipo de psicólogos revisó cada reactivo en el idioma original y se discutieron los aspectos culturales de cada pregunta, así como aspectos técnicos (médicos, psicológicos y/o sociales). Varias opciones se dieron a cada reactivo, se mantuvo un lenguaje simple, evitando uso de metáforas y de frases coloquiales. Posteriormente un traductor hizo una revisión final del trabajo y se pidió a 8 profesionales especialistas en el tema (psicólogos, médicos, antropólogos y sociólogos) que evaluaran la claridad de redacción y si las preguntas resultaban idóneas desde el punto de vista cultural. Se hizo un análisis de los resultados y se modificaron algunos reactivos. Por último, se piloteó el instrumento utilizando una muestra que quedó formada por 36 sujetos, 66 por ciento del sexo masculino y 34 por ciento del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo y con un nivel educativo mínimo de licenciatura

Bibliografía

- Annis, H.M. & Davis, C.S. (1988). "Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial finding from a treatment trial", en T.B. Baker y D. Cannon (Eds.). *Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment*, Praeger Publishing Company, Nueva York.
- Annis, H.M., & Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). *Inventory of drinking situations (IDS): User's guide*, Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change". En *Psychological Review*, 84.
- Coelho, R.J. (1984). "Self-efficacy and cessation of smoking", en *Psychological Reports*, 54.
- Marlatt, G.A. (1978). "Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis". En P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (Eds.). *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*, Plenum Press, Nueva York.
- Marlatt, G.A. (1979). "Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. En P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.). *Cognitive-behavioral Interventions: Theory, research and procedures*, Academic Press, Nueva York, 1979
- Marlatt, G.A. & Gordon, R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change". En P. Davidson y S. Davidson (Eds.). *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. Brunner-Mazel, Nueva York.
- Marlatt, G.A. & Gordon, R. (1985). (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Guilford Press, Nueva York.
- Miller, P.J., Ross, R.Y. & Emmerson, Todt, E.H. "Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire", en *Submitted for publication*.
- Skinner, H.A. & Horn, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale. ADS: User's Guide*, Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Solomon, K.E. & Annis, H.M. (1984). *Outcome expectancy scale*, Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Solomon, K.E. & Annis, H.M. (1988). *Development of a scale to measure outcome expectancies in alcoholics*, Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1988). *Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior*, Addiction Research Foundation of Ontario Toronto.

CSU*

Cuestionario de Satisfacción del Usuario

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas sobre los servicios que usted ha recibido. Nosotros estamos interesados en sus opiniones honestas, tanto positivas como negativas. Por favor, conteste todas las preguntas. Nosotros también le agradeceremos sus comentarios y sugerencias. ¡Nosotros apreciamos su ayuda - Gracias!

Circule su respuesta

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que recibió?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2. ¿Obtuvo la clase de servicio que quería?

4	3	2	1
Si, Definitivamente	Si, generalmente	No en realidad	Definitivamente no

3. ¿Hasta qué punto nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

4	3	2	1
Casi todas mis necesidades han sido satisfechas	La mayoría de mis necesidades han sido cubiertas	Sólo unas pocas de mis necesidades han sido cubiertas	Ninguna de mis necesidades han sido cubiertas

4. ¿Si un amigo tuviera la necesidad de una ayuda similar, usted le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
Si, Definitivamente	Si, generalmente	Realmente no	Definitivamente no

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo, a partir de Annis, H. M., Herie, M. A. y Watkin-Merek, L. (1996). Client Satisfaction Questionnaire. En H. M. Annis, M. A. Herie y L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach (pp. 94-97). Addiction Research Foundation.

5. ¿Los servicios que ha recibido le ayudaron a manejar más eficazmente sus problemas?

4	3	2	1
Si, mucho	Si, algo	Realmente no	No, parece que las cosas empeoraron

6. ¿De manera general, qué tan satisfecho usted esta con el servicio que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Indiferente o levemente satisfecho	Totalmente insatisfecho

7. ¿Si usted fuera a buscar ayuda nuevamente, regresaría a nuestro programa?

4	3	2	1
Si, Definitivamente	Si, generalmente	En realidad no	Definitivamente no

Las siguientes preguntas dan la oportunidad de que usted haga comentario sobre nuestros servicios si usted lo desea hacer.

8. ¿En su opinión, cuál fue la parte del programa más útil de los servicios que recibió?

9. ¿En su opinión, cuál fue la parte del programa menos útil de los servicios que recibió?

10. ¿Qué mejoras le gustaría ver en nuestros servicios?

ESU

Entrevista de Seguimiento del Usuario

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
DÍA / MES / AÑO

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar:

- Nombre del Terapeuta: _____ . Clave: _____ .
 - Nombre del Usuario: _____ . Clave: _____ .
 - Dirección Actual: _____
_____. Tel Casa: _____. Otro Tel: _____ .
 - Este es el: ____ / ____ Mes(es) Seguimiento. Periodo del _____ Al _____ .
 - Establecimiento de Metas: _____ .
 - Nombre y dirección del colateral: _____ .
- Recordar al usuario que traiga lo siguiente:
- Registro de auto monitoreo para Línea Base Retrospectiva correspondiente al # de Seguimiento en cuestión.

INSTRUCCIONES: “Antes de empezar la entrevista deseo recordarle que lo que usted me diga será manejado de manera confidencial. Voy a solicitarle información específica sobre los últimos 30, 60, 180 o 365 días (según corresponda). Soy consciente de que este puede ser un periodo relativamente largo para recordar cosas que sucedieron, por lo que vamos a emplear el calendario de la Línea Base Retrospectiva a fin de que nos ayude a identificar los eventos que ocurrieron durante ese periodo. Observe que algunos eventos se encuentran impresos en el calendario. ¿Hubo alguna cosa particularmente memorable que ocurrió durante ese momento (p. ej., cumpleaños, enfermedad, accidente, aniversario, fiesta, hospitalización, vacación, etc)? (Regístrese en el calendario). Las preguntas que le haré se refieren sobre dicho periodo que va de _____ al _____. Dentro de unos cuantos minutos le voy a preguntar sobre su consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, pero primero lo haré sobre otros aspectos. Siéntase libre de tomarse el tiempo necesario para contestar, ya que es muy importante que recuerde tan precisamente como pueda. Dígame si no está seguro(a) de lo que le estoy preguntando o de lo que yo quiero decir en alguna pregunta en particular. ¿De acuerdo?”

1. Lugar de la entrevista:

- ___ (1) En el Programa de Conductas Adictivas
- ___ (2) En la casa del Usuario
- ___ (3) Por teléfono
- ___ (4) Otro lugar

2. Estado civil:

- | | |
|--------------------|---------------------|
| ___ (1) Casado | ___ (2) Soltero |
| ___ (3) Divorciado | ___ (4) Separado |
| ___ (5) Viudo | ___ (6) Unión libre |

3. ¿Que tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?

- (1) Muy Satisfecho (2) Satisfecho (3) Inseguro (4) Insatisfecho
 (5) Muy insatisfecho

4. Situación laboral en los últimos 6 meses:

- (1) Tiempo completo (2) Medio tiempo
 (3) Independiente (4) Trabajo temporal
 (5) Desempleado (6) Jubilado
 (7) Estudiante (8) Ama de casa

5. Ocupación Principal: _____.

6. Ingreso total Mensual: \$ _____.

7. Número de semanas que estuvo trabajando en los últimos 1, 3, 6 o 12 meses _____

8. Número de días en que no asistió a trabajar durante los últimos 1, 3, 6 o 12 meses por abuso de alcohol: _____.

9. Número de trabajos que perdió durante los últimos 1, 3, 6 o 12 meses debido a problemas causados por consumo de drogas: _____

10. ¿Ha recibido algún otro tratamiento además de éste o ha participado con grupos de auto-ayuda para resolver su problema de consumo excesivo de alcohol o consumo de drogas; durante los últimos 1, 3, 6 o 12 meses?

- (1) Si. Continúe con la pregunta (11)
 (2) No. Continúe con la pregunta (14)

11. Describa el tipo de tratamiento y califíquelo:

(Calificación: (a) útil, (b) no tuvo ninguno efecto, (c) inútil

Tipo de tratamiento/ayuda recibido:

Para Alcohol (1)	Para Otra Droga (2)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

12. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de alcohol durante los últimos 1, 3, 6 o 12 meses: _____.

13. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de drogas durante los últimos 1, 3, 6 o 12 meses: _____.

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

14. Consumo de alcohol en los últimos 1, 3, 6 o 12 meses: (El porcentaje debe dar un total de 100)

- Proporción de consumo de pulque _____ %
- Proporción del consumo de cerveza _____ %
- Proporción del consumo de vino _____ %
- Proporción del consumo de destilados _____ %

15. Número de días que estuvo bebiendo para evitar o minimizar el síndrome de abstinencia de la noche anterior (p. ej., cruda), en los últimos 1, 3, 6 o 12 meses: _____.

16. Marque (sólo una) la alternativa que mejor describe su manera de beber durante los últimos 1, 3, 6 ó 12 meses:

- (1) No es un problema
- (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
- (3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- (4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria)
- (5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas de las cuales por lo menos 2 considero que fueron serias)

17. Marque (sólo una) la alternativa que describe su manera de consumir drogas durante los últimos 1, 3, 6 o 12 meses:

- (1) No es un problema
- (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no me ha provocado ninguna experiencia o consecuencia negativa)
- (3) Es un problema menor (me ha dado algunas experiencias con consecuencias negativas pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- (4) Es un problema grave (me ha provocado algunas experiencias con Consecuencias negativas una de las cuales, considero que fue seria)
- (5) Es un problema muy grave (me ha provocado algunas experiencias con Consecuencias negativas, mínimo 2 que considero que fueron serias)

18. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (Si el cuadro "consumo" se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

SUSTANCIAS	CONSUMO N0=1 SI =2 (DURANTE LOS ÚLTIMOS 30, 90, 180, 365 DÍAS, SEGÚN CORRESPON- DA)	FORMA DE CONSUMO 1-ORAL 2 - INYECTADA 3 - FUMADA 4- INHALADA 5-OTRAS	FRECUENCIA DE CONSUMO* DURANTE LOS ÚLTIMOS 30, 90, 180 Ó 365 DÍAS, SEGÚN CORRESPONDA)	CANTIDAD DE CONSUMO POR OCASIÓN (# DE COPAS O DÓISIS, DURANTE LOS ÚLTIMOS 30, 90, 180 O 365 DÍAS, SEGÚN CORRESPONDA)	CANTIDAD DE CONSUMO** (# DE COPAS O DÓISIS, DURANTE LOS ÚLTIMOS 30, 90, 180 365 DÍAS, SEGÚN CORRESPONDA)
ALCOHOL					
MARIGUANA					
COCAÍNA					
METANFETAMINAS					
DEPRESIVOS					
NARCÓTICOS. (HEROÍNA, METADONA. OPIO, MORFINA, DEMEROL)					
INHALABLES (CEMENTO, SOLVENTES, AEROSOLES)					
ALUCINOGENOS (LSI POLVO DE ÁNGEL, MESCALINA, PSILOCBINA)					
DROGAS ANTIALCOHOL (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

CÓDIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:** *CÓDIGO DE CANTIDAD DE CONSUMO**

- (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
- (2) 1 VEZ AL MES
- (3) 1 VEZ A LA SEMANA
- (4) 2 A 3 VECES A LA SEMANA
- (5) DIARIAMENTE

- (1) AI MES
- (2) A LAS TRES SEMANAS
- (3) A LAS DOS SEMANAS
- (4) A LA SEMANA

PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO

25. ¿En los últimos 1, 3, 6 o 12 meses, utilizó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas que aprendió durante su terapia?

- (0) No utilizó ninguna estrategia o técnica.
- (1) Automonitoreo (de consumo de alcohol o drogas)
- (2) Solución de problemas.
- (3) Identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol o drogas.
- (4) Establecimiento de metas.
- (5) Estrategias de cambio en el estilo de vida.
- (6) Proceso que consiste en detenerse y pensar
- (7) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras).
- (8) Tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol, (ej: beber más despacio, no tener la copa en las manos, hacer otras actividades, etc.)
- (9) Cambio de amigos o de lugares donde se consume alcohol o drogas.
- (10) Otras: Describa _____
- (11) Otras: Describa _____
- (12) Otras: Describa _____

26. ¿Qué tan útil ha sido la comunicación telefónica con su terapeuta después de terminar las sesiones de tratamiento?:

- (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (5) _____
No fue útil Ayudó poco Ayudó en algo Ayudó Ayudo
considerablemente mucho

27. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios por medio del teléfono:

- (1) Si (2) No
- (3) Si, pero solo con algunos pacientes o usuarios. Por favor, escriba el tipo de usuario que usted considera el adecuado para mantener esta forma de comunicación:

Estas preguntas se relacionan con el tratamiento en el que usted participó hace 1, 3, 6 y 12 meses. Estamos interesados en saber lo que usted piensa o sus experiencias durante el último mes, últimos tres, seis o doce meses después de su tratamiento. Para completar sus respuestas le agradecemos de antemano algún otro comentario que tenga, acerca del programa y de la manera que éste fue conducido.

28. El tiempo que duró el tratamiento fue:

- (1) Escaso

- ___ (2) Suficiente
- ___ (3) Abundante

29. Si la terapia fue escasa o abundante ¿Cuántas sesiones hubieron sido las suficientes?

_____.

30. En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de entrar en el tratamiento, actualmente su manera de beber o consumir drogas es:

- ___ (1) Ya no es un problema
- ___ (2) El problema es menor que antes
- ___ (3) No ha cambiado
- ___ (4) El problema es más grave que antes

31. En general, cómo considera que fue su elección de su meta de consumo de alcohol o drogas?

- ___ (1) Una buena meta ¿porqué? _____
- ___ (2) Sin comentarios
- ___ (3) Una mala meta ¿porqué? _____

32. Si estuviera al inicio de su tratamiento, preferiría elegir usted mismo su meta de consumo de drogas o alcohol o preferiría que el terapeuta seleccionara dicha meta por usted?

- ___ (1) Seleccionaría la meta por mi mismo.
- ___ (2) Que la seleccione el terapeuta
- ___ (3) Indiferente

En la siguiente sección, estamos interesados en saber qué características específicas del tratamiento pudieran haber tenido algún efecto en la modificación de su consumo del alcohol y de drogas. Por ejemplo, si el tratamiento lo ayudó a disminuir o a dejar el consumo de drogas o alcohol, pero posteriormente usted reincidió en el consumo de drogas o alcohol, el tratamiento sería considerado por usted como una terapia útil a pesar de un resultado final muy desfavorable.

33. Enumere qué tan útiles le fueron cada una de las siguientes características del tratamiento por medio de la siguiente escala que consta de cinco niveles diferentes:

- (1) No recuerdo (2) Nada útiles (3) Sin opinión (4) Útiles (5) Muy útiles

- ___ (1) Entrevista inicial (su primera visita al Centro)
- ___ (2) El nombre del terapeuta es: _____
- ___ (3) Las lecturas y tareas asignadas.
- ___ (4) El automonitoreo de su consumo de alcohol y/o drogas en su cuadernillo con los registros de progreso.
- ___ (5) El balance decisional (analizar sus pros y contras)
- ___ (6) La aproximación hacia la solución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol y/o drogas y sus consecuencias, opciones de desarrollo, planes de acción).
- ___ (7) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos)

- ___ (8) La auto selección de las metas para el consumo de alcohol y/o drogas.
- ___ (9) Cuando usted lo deseó, saber que este tratamiento estuvo a su alcance.
- ___ (10) Los contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento.
- ___ (11) Las sesiones estructuradas de la terapia.

34. Considera usted que el programa de Tratamiento en el cual usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población

- ___ (1) Si.
- ___ (2) No.
- ___ (3) Si, sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considere el apropiado para esta clase de tratamiento: _____

35. Con esto concluimos la entrevista. ¿Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

Notas del Entrevistador _____

Nombre del Usuario: _____

Nombre del Entrevistador: _____

ESC*
Entrevista de Seguimiento del Colateral

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
DIA / MES / AÑO

1. Nombre del entrevistador: _____ . Clave: _____ .
2. Nombre del Usuario: _____ . Clave: _____ .
3. Nombre del entrevistado o colateral: _____ . Clave: _____ .
4- Dirección Actual: _____

_____ . Tel casa: _____ Otro Tel: _____ .

5. Este es el: ___/___ Mes(es) de Seguimiento. Periodo del _____ Al _____ .

6. Tipo de contacto con el entrevistador (marque sólo una):

- ___ (1) telefónico
___ (2) en su casa
___ (3) en el Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM.
___ (4) por correo

7. Parentesco del colateral con el usuario:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| ___ (1) Pareja | ___ (2) Padres |
| ___ (3) Hijo(a) | ___ (4) Hermano(a) |
| ___ (5) Abuelo(a) | ___ (6) Novio(a) |
| ___ (7) Compañero de cuarto | ___ (8) Jefe o superior en el trabajo |
| ___ (9) Amigo(a). | ___ (10) Otro: _____ |

INSTRUCCIONES: “Soy el _____ del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM. Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de _____, quien nos proporcionó su nombre como una persona que podría ayudarnos para recoger cierta información sobre el(ella). Como usted sabe, el(ella) está participando en un programa dirigido para ayudar a que las personas reduzcan o eliminen su consumo de alcohol. La información que usted me proporcione será completamente confidencial. Será empleada solo para este programa y no será compartida con el(la) _____”, ni con ninguna persona externa a este Programa. ¿Tiene alguna duda o pregunta antes de que empecemos?

8. ¿Desde cuándo conoce a _____?, No. de meses: _____ .

9. Durante los últimos 30, 60, 180 o 365 días (según corresponda). ¿Qué tan a menudo ha estado en contacto con el(ella)?

- (1) Diariamente
(2) No diario, pero más de una vez por semana
(3) Semanalmente

- (4) No semanalmente, pero más de una vez al mes
- (5) Mensualmente
- (6) Menos de una vez al mes. Especifique: _____.

10. ¿Porqué ha estado en contacto con el(ella) durante este tiempo?

- (1) Vivimos juntos
- (2) Trabajamos/estudiamos juntos
- (3) Convivimos socialmente
- (4) Otro: Especifique: _____.

Soy consciente de que este puede ser un periodo relativamente largo para que usted recuerde cosas que le sucedieron a _____, durante el periodo de _____ a _____ y que de algunas cosas estará enterado(a) y de otras probablemente no, por lo que vamos a emplear un calendario (calendario de la Línea Base Retrospectiva), a fin de que nos ayude a identificar los eventos que ocurrieron durante ese periodo. Observe que algunos eventos se encuentran impresos en el calendario. ¿Hubo alguna cosa particularmente memorable que ocurrió durante ese momento (p. ej., cumpleaños, enfermedad, accidente, aniversario, fiesta, hospitalización, vacación, etc.)? (Regístrese en el calendario). Sólo proporcióneme la mejor información que usted pueda e infórmeme si no es claro lo que le estoy preguntando. ¿Tiene algún comentario o duda al respecto antes de que empecemos? (Para las preguntas en las que no sabe, deje en blanco el ítem. Ponga el número cero para aquellas respuestas en que el colateral tenga conocimiento sobre el ítem y que efectivamente el número real sea cero).

11. La mayoría de los contactos entre el colateral y el usuario se realizan (marque sólo una):

- ___ (1) En persona
- ___ (2) Por teléfono
- ___ (3) Por carta
- ___ (4) En persona y por teléfono
- ___ (5) Otro, especifique: _____

DATOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

Instrucciones para el entrevistado: “Utilizando el calendario, determine el inicio y el fin de un intervalo de 30, 90, 180 ó 365 días, según corresponda. Este intervalo terminará el día anterior a la entrevista. Estas fechas deben ser incluidas en la siguiente instrucción que será leída al colateral:

“Las siguientes preguntas que le voy a hacer sobre _____
Nombre del usuario

Están relacionadas con su consumo de alcohol, durante el periodo que va del _____ al _____.

- Primero dígame al colateral, que se le pedirá dividir los 30, 90, 180 y 365 días en varias categorías, por ejemplo número de días que no consumió alcohol, número de días en que consumió alcohol en distintas cantidades, y días en los que pudo haber estado en un ambiente institucionalizado donde no podía consumir (p. ej: hospital o la cárcel).
- Después, es importante decirle al colateral que se le leerá una lista de categorías posibles. Un día sólo puede ser utilizado para una categoría, y el número total de días siempre debe ser igual a 30, 90, 180 ó 365, según corresponda.

- Finalmente, lea nuevamente cada una de las posibles categorías, preguntándole esta vez al colateral el número de días que el usuario estuvo involucrado, en esta conducta. El entrevistador encontrará útil preguntar primero sobre el número de días que el usuario estuvo en un ambiente institucionalizado (cárcel, hospital, etc.) ya que estas son situaciones en donde generalmente no se puede beber. Solamente se debe utilizar “NO SABE”, si el colateral desconoce el consumo de alcohol del usuario durante esos días.

12. Antes que nada, hasta donde usted sabe, _____ (Si/no) _____ consumió alcohol durante el periodo evaluado. Determine cuál de las siguientes declaraciones es la respuesta más apropiada.

- ___ (0) Estoy seguro(a) que no consumió alcohol durante dicho periodo.
- ___ (1) Estoy casi seguro(a) que no consumió alcohol durante dicho periodo.
- ___ (2) Si, sospecho que consumió alcohol durante dicho periodo, aún cuando no lo observé Directamente. Señale la razón para sospechar: _____
- ___ (3) Si, estoy seguro(a) de que consumió alcohol durante dicho periodo porque lo vi directamente.
- ___ (4) No sé si consumió o no consumió alcohol durante dicho periodo.

13. Durante dicho periodo de _____ días que se ha estado preguntando, ¿cuántos días diría usted que _____ consumió algo de alcohol?

Número total de días en que consumió durante dicho periodo: _____.

14. Durante dicho periodo de _____ días que se ha estado preguntando, cuántos días diría usted que _____ no consumió alcohol? _____.

15. En los días en que _____ consumió alcohol durante dicho periodo, ¿Cuántas copas en promedio cree usted que el(ella) consumió? _____.

16. ¿En cuántos días de dicho periodo de _____ días, cree usted que consumió 5 o más copas por ocasión? _____.

CATEGORIA	NÚMERO DE DIAS
17. No aplicable (utilizar sólo cuando el colateral desconoce lo que sucedió con el usuario durante esos días)	i____i____i
18. Abstinencia (no consumió alcohol)	i____i____i
19. Bebió de 1 a 4 tragos (consumo moderado)	i____i____i
20. Bebió de 5 a 9 tragos (consumo excesivo)	i____i____i
21. Bebió 10 tragos o más (consumo muy excesivo)	i____i____i
22. Estuvo en la cárcel por delitos relacionados con el abuso de alcohol o drogas	i____i____i

23. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor que tan seguro está usted de que la INFORMACION que nos acaba de proporcionar es la correcta? (marque sólo una):

- (1) Todo o casi toda la información es muy probable que sea correcta.
- (2) Estoy seguro que algo de la información que reportó es correcta, pero hay algunas cosas de las que no estoy seguro.
- (3) No tengo idea que tan correcta es la información.

24. Desde su punto de vista, ¿cuál de las siguientes alternativas piensa usted que describe mejor el consumo de alcohol de _____ durante los 30, 90, 180 ó 365 días(según corresponda)? .

- (0) No sé.
- (1) Sin problema
- (2) Un pequeño problema
- (3) Un problema menor
- (4) Un problema mayor
- (5) Un gran problema

SE DEFINE 1 “TRAGO ESTANDAR” COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA DE 341 ML. UNA COPA QUE CONTIENE EL EQUIVALENTE DE 42 ML DE WHISKY, RON, VODKA. UNA COPA DE 142 ML. DE VINO DE MESA, 85 ML. DE JEREZ O MANZANILLA O UN CABALLITO DE TEQUILA.

DATOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

Instrucciones para el entrevistador: Utilizando un calendario, determinar el inicio y el fin de un intervalo de 30, 90, 180 o 365 días, según corresponda. Este intervalo terminará el día anterior a la entrevista. Estas fechas deben ser incluidas en la siguiente instrucción que será leída al colateral:

“Las siguientes preguntas que le voy a hacer sobre _____

están relacionadas con **su** consumo de drogas. durante el periodo que va del _____ Nombre del usuario al _____

- Primero, diga al colateral. que se le pedirá dividir estos 30, 90, 180 ó 365 días, según corresponda en varias categorías, por ejemplo número de días que no usó drogas, número de días en que consumió drogas en distintas cantidades. y días en los que pudo haber estado en un ambiente institucionalizado donde no podía consumir (P. ej: hospital o la cárcel).
- Después, es importante decirle al colateral que se le leerá una lista de categorías posibles. Un día sólo puede ser utilizado para una categoría, y el número total de días siempre debe ser igual a 30, 90, 180 o 365, según corresponda.
- Finalmente, lea nuevamente cada una de las posibles categorías, preguntándole esta vez al colateral el número de días que el usuario estuvo involucrado, en esta conducta. El entrevistador encontrará útil preguntar primero sobre el número de días que el usuario estuvo en un ambiente institucionalizado (cárcel, hospital. internado etc.) ya que estas son situaciones en donde generalmente no se puede beber. Solamente se debe utilizar “NO SABE”, si el colateral desconoce el consumo de drogas del usuario durante esos días.

25. Antes que nada, hasta donde usted sabe, _____ (Si/no) _____ consumió drogas durante el periodo evaluado. Determine cuál de las siguientes declaraciones es la respuesta más apropiada.

- (0) Estoy seguro(a) que no consumió drogas durante dicho periodo.
 (1) Estoy casi seguro(a) que no consumió drogas durante dicho periodo.
 (2) Si, sospecho que consumió drogas durante dicho periodo, aún cuando no lo observé Directamente. Señale la razón para sospechar: _____
 (3) Si, estoy seguro(a) de que consumió drogas durante dicho periodo porque lo ví directamente.
 (8) No sé si consumió drogas o no consumió drogas durante dicho periodo.

NUMERO DE DIAS

CATEGORIAS

26. No aplicable (utilizar sólo cuando el colateral desconoce lo que sucedió con el usuario durante esos días) i__i__i
27. Abstinencia (no consumió drogas) i__i__i
28. Consumió menos de 10 cigarrillos al día (media cajetilla) (uso medio) i__i__i
29. Consumió 10 o más cigarrillos al día (más de media caja) (uso escesivo) i__i__i
30. Consumió dos o menos dosis de droga ilícita (uso medio) i__i__i
31. Consumió 3 o más dosis de droga ilícita (uso excesivo) i__i__i
32. Otros (P. ej., cárcel, desintoxicación, hospital, casa medio camino) i__i__i
33. ¿Qué tipo de droga(s) diferentes al alcohol o tabaco ha utilizado durante este período de 30, 90, 180 ó 365 días?. (excepto drogas prescritas por razones médicas)

- (1) Cannabis (Mariguana, hashis, aceite de hashis)
 (2) Cocaína / crack
 (3) Otros estimulantes (p. ej., pastillas para bajar de peso)
 (4) Depresivos incluyendo drogas ansiolíticas
 (5) Heroína
 (6) Metadona
 (7) Otros narcóticos (p. ej., opio. Demerol, morfina)
 (8) Inhalables (cemento. solventes)
 (9) Alucinógenos (p. ej., LSD. PCP, mezcalina)
 (10) Otras: _____

34. Desde su punto de vista, ¿cuál de las siguientes alternativas piensa usted que describe mejor el consumo de drogas de _____ durante los últimos 30, 90, 180 ó 365 días, según corresponda?

- (0) No sé.

- ___ (1) Sin problema
- ___ (2) Un pequeño problema
- ___ (3) Un problema menor
- ___ (4) Un problema mayor
- ___ (5) Un gran problema

Ahora, me gustaría preguntarle que me informe como está funcionando actualmente _____ en diferentes áreas durante este periodo, en comparación como funcionaba antes de entrar a este programa de tratamiento:

35. Los problemas ¿son peores, mejores, los mismos? _____.

36. La condición médica y física ¿es peor, mejor, igual? _____.

37. La condición académica ¿es peor, mejor, igual? _____.

38. La condición laboral de ¿es peor, mejor, igual? _____.

39. Los problemas legales de ¿están peor, mejor, igual? _____.

40. La condición psicológica o emocional en general ¿está peor, mejor, igual? _____.

41. La situación familiar o social en geenral ¿está peor, mejor, igual? _____.

42. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor qué tan seguro está usted de que la INFORMACION que nos acaba de proporcionar es la correcta (marque sólo una):

- ___ (1) Todo o casi toda la información es muy probable que sea correcta.
- ___ (2) Estoy seguro que algo de la información que reportó es correcta, pero hay algunas cosas de las que no estoy seguro.
- ___ (3) No tengo idea que tan correcta es la información.

43. En algunas ocasiones durante este tipo de entrevistas, las personas tienen que hacer suposiciones en orden de contestar las preguntas sobre alguien más. ¿Qué tanto cree usted que tuvo que hacer suposiciones durante esta entrevista?

- ___ (1) Nada
- ___ (2) Un poco
- ___ (3) Mucho
- ___ (4) completamente

Impresiones de parte del Entrevistador : _____

ANEXO 3

**Guías de los Programas de Tratamiento Específico del Modelo
Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada**

GUÍA DEL PROGRAMA DE “DETECCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE DE ALCOHOL PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON CONSUMO EXCESIVO, ABUSO O DEPENDENCIA LEVE (DIBAEU)”

Este programa se aplicó en 2 sesiones individuales semanales de 50 minutos cada una, a saber: 1. Sesión de Evaluación y Automonitoreo; y 2. Sesión de Retroalimentación Gráfica Personalizada (con 50 minutos adicionales, antes o después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte).

1. SESIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTOMONITOREO

Esta sesión fue la primera que se realizó con el estudiante dentro del programa de tratamiento específico DIBAEU y fue importante ya que constituyó el primer contacto formal que la terapeuta de este programa efectuó con el estudiante. Una vez que la terapeuta le dio la bienvenida y se presentó formalmente como su terapeuta, procedió a explicarle las características de este programa específico de tratamiento en términos de su orientación, requerimientos de asistencia, expectativas en la participación, planeación y ejecución de tareas a realizar en casa y sobre los límites en la confidencialidad. También la terapeuta discutió con el estudiante otras posibles opciones de tratamiento y aclararle cualquier duda que tuviera respecto al mismo y le preguntó si no tenía inconveniente que fungiera como su terapeuta. Cuando se presentó algún inconveniente por parte del estudiante se le preguntó el porqué y si esto se aclaró y se solventó la situación se procedió con la sesión. En caso contrario se procedió a asignarle uno nuevo, de tal forma que no hubiera ningún inconveniente.

Por otro lado, debido a que la terapeuta ya contaba con información acerca de los patrones de consumo de alcohol, los problemas asociados al consumo y de otros factores de riesgo del estudiante con base a la Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP; Quiroga, 2003g), esta sesión se centró en aquellos aspectos necesarios para el diseño del programa específico de cada estudiante y que por sus propósitos no considera la EDP. De esta manera sólo se consideraron aquellas áreas e instrumentos específicos de evaluación que se complementan con los aplicados previamente en la EDP, tales como los referidos a conocimientos, actitudes, expectativas que tenía el estudiante sobre el alcohol y sus efectos, sus factores de riesgo personal para el consumo, su motivación para cambiar el patrón de consumo, sus metas de consumo, etc., y que se incluyen al final de esta Guía.

Además de recopilar dicha información sobre el estudiante, las tres metas clínicas para esta primera reunión fueron: (1) establecimiento del rapport con el estudiante; (2) orientar al estudiante sobre el propósito y estructura de las sesiones; y (3) obtener un compromiso inicial del estudiante para participar en la intervención. Finalmente, otro punto al cual se dirigió esta primera sesión fue al empleo del automonitoreo con el fin de determinar el patrón específico de consumo actual, factores personales de riesgo para el consumo excesivo, etc.

Con respecto al establecimiento del rapport con el estudiante, resultó útil informarle que la intención no era que hiciera algo o dejara de hacerlo. Más bien se subrayaron los siguientes dos puntos: (a) “Aunque elaboramos estrategias para un consumo más seguro para cada estudiante, cada uno tiene que decidir si quiere cambiar o aún inclusive si quiere considerar el cambio”; y (b) “La decisión sobre qué hacer con la información proporcionada le corresponde completamente al estudiante”.

A continuación se reproduce un diálogo sencillo que ilustra el proceso completo del establecimiento del rapport, orientación y búsqueda del compromiso:

Terapeuta: Una razón importante para nuestro encuentro es hablar conjuntamente sobre los riesgos asociados con el beber, y sobre los aspectos de tu estilo de consumo que ya han resultado o pueden resultar en el futuro en experiencias incómodas o dañinas para ti. Si estás interesado, me gustaría pensar contigo sobre maneras que podrían minimizar la probabilidad de tener resultados desagradables del beber. En nuestra experiencia, a menudo las personas aprenden a beber mediante la experimentación o la observación de otros, algo así como ensayo y error, desafortunadamente algunas veces con muchos errores. ¿Qué hay acerca de ti?, ¿Cómo aprendiste a beber alcohol?

Estudiante: No lo sé, creo que lo aprendí por juntarme con un grupo de personas que bebía. Yo solo los veía y hacía lo que ellos hacían.

Terapeuta: Eso es muy común. La mayoría del tiempo el observar lo que otros hacen es una buena manera de aprender algo nuevo. Sin embargo, con el alcohol, no siempre resulta aprender como evitar resultados desagradables. Beber puede ser como conducir un coche, es emocionante y divertido, pero los accidentes y los malos ratos pueden pasar si las personas tienen tanta diversión que no se ocupan también de la seguridad. A Nosotros nos gusta proporcionar a los estudiantes quienes beben alcohol algún entrenamiento básico en cómo hacerlo de manera segura, de manera similar al que tú puedes recibir en clases de manejo. La meta, por supuesto, es centrarnos en formas de beber que te permitan disfrutar la experiencia sin tener que enfrentarte con consecuencias dañinas del alcohol. ¿Qué te parece?

Estudiante: No estoy muy preocupado por eso. Aprendí algo sobre el alcohol cuando estaba en la preparatoria. Básicamente nos decían que no bebiéramos, o al menos que no lo hiciéramos cuando manejáramos. Estoy informado al respecto y realmente no necesito más información de lo que debo hacer. Nunca bebo y puedo irme caminando a casa después de las fiestas.

Terapeuta: Está muy bien que no manejes y tomes. Muchos estudiantes encuentran que nuestro enfoque es muy diferente a lo que ellos aprendieron en la prepa. No te voy a decir lo que tienes y no tienes que hacer. Lo que hagas con esta información depende enteramente de ti.

Estudiante: Eso está bien. Yo odio aquellas conferencias de la prepa que me decían que hacer o no hacer.

Terapeuta: Si tú estás abierto a esto, nuestra meta sería echar un vistazo a cualquier forma que traiga buenos resultados y aquellas que traen consecuencias dañinas y ver si pudiéramos diseñar algunas formas para incrementar la probabilidad

del beneficio y el decremento de la probabilidad de las experiencias no deseadas por el consumo. Para que yo pueda ser de la mayor utilidad, es importante que tenga un sentido más claro de las recompensas de tu estilo de beber y alguna información adicional que hemos encontrado de utilidad al pensar sobre los riesgos de los estudiantes. ¿Qué te parece?

Estudiante: Entiendo lo que dices. Me parece bien, creo que me parece bien.

El acercamiento de esta primera sesión fue consistente con la típica estructura clínica de las entrevistas, escuchando cuidadosamente la narración del estudiante de cómo interactúa con su medio ambiente cuando bebe como cuando no lo hace. En términos sencillos, el terapeuta estuvo alerta y en busca de pistas hacia un “gancho” motivacional a ser empleado en la elaboración del caso con el fin de lograr una disposición al cambio durante la segunda sesión. La entrevista se centró específicamente en las conductas de consumo (p. ej., patrón típico de consumo, ocasiones de ingesta episódica o atípicas), riesgos relacionados al alcohol, y consecuencias negativas que ocurren como resultado de beber alcohol.

El cuestionario inicial de autoreporte se completó mediante la participación del estudiante en la entrevista cara a cara que evaluó los factores listados a continuación: (a) clasificación de las variables de consumo (frecuencia, cantidad, etc.); (b) consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol durante los 6 meses pasados; (c) consumo de otras drogas psicoactivas durante los 6 meses pasados; (d) conducta sexual, incluyendo conducta sexual de riesgo que involucró consumo de alcohol y otras drogas; (e) expectativas de resultados del consumo de alcohol; (f) percepción de la salud y conductas de riesgo debido al consumo de alcohol; (g) Interés en el cambio y grado de disposición para el cambio en el consumo; (h) percepción sobre las normas universitarias respecto al consumo de alcohol; (i) síntomas de estrés psicológico; y (j) índices de dependencia al alcohol.

Resultó evidente que tanto en la entrevista cara a cara como en el autoreporte de lápiz y papel, la inclusión de evaluaciones del consumo y dependencia al alcohol. Esto se hizo con el propósito de usar medidas que se traslaparan al fin de incrementar la confiabilidad de los datos para fines de la investigación. También se encontró que los enfoques se complementaron uno con otro. Por ejemplo, el procedimiento de la entrevista empleado para evaluar el patrón típico de consumo llevó a la obtención de datos más precisos, en tanto que el entrevistador pudo garantizar que cada estudiante empleara la misma definición de “copa estándar” para registrar su consumo. Sin embargo, algunos estudiantes pudieron haberse sentido incómodos al reconocer abiertamente su consumo excesivo de alcohol ante un entrevistador, pero a la vez pudo estar dispuesto a registrar mejor sus respuestas en un contexto de un cuestionario privado.

La obtención de un compromiso inicial de parte del estudiante para colaborar en la intervención, fue la tercera meta de la terapeuta durante la primera parte de la primera sesión. Este compromiso incluyó respuestas durante la entrevista, enlazando a la terapeuta en el proceso de sopesar la evidencia sobre los riesgos y/o evaluar los

pros y contras de considerar cambios en su patrón de consumo. En este sentido fue importante que el estudiante tuviera una sincera elección de participar y de cómo lo haría. Como parte del establecimiento del compromiso, se hicieron esfuerzos para lograr la cooperación del estudiante en la instrumentación de soluciones cognitivas conductuales discutidas como parte de la intervención. Dicho de otra manera, el terapeuta buscó el acuerdo del estudiante para probar una nueva conducta o trabajar en un problema específico, más que en asumir un acuerdo. Debido a limitaciones de tiempo y a la naturaleza de la intervención mínima del DIBAEU, existieron oportunidades limitadas para idear y probar soluciones específicas durante el curso del trabajo del estudiante con la terapeuta; por lo tanto, se le pidió al estudiante un compromiso más amplio que pudiera ser probado y refinar estrategias hasta encontrar un acercamiento que fuera mejor para el estudiante. Este nivel de compromiso se solicitó durante la segunda reunión, cuando el estudiante recibió retroalimentación y consejo; el estudiante acordó probar modificaciones específicas a la manera en que bebe.

AUTOMONITOREO

Una vez que se recolectó la información correspondiente, la terapeuta le pidió al estudiante que monitoreara diariamente su consumo de alcohol, desde el cierre de la sesión inicial hasta el momento de la sesión subsiguiente. Con tal fin, se le entregaron al estudiante 20 tarjetas de automonitoreo del tamaño de una cartera conjuntamente con instrucciones básicas de cómo usar las tarjetas. Tal y como se ilustra en la figura 4.3, cada tarjeta de automonitoreo contiene columnas para registrar las diversas situaciones de consumo que facilitan documentar el contexto específico en el cual ocurre el consumo del estudiante. Se le instruyó al estudiante que realizara, al menos, un registro por día, indicando "no" para los días en los que no consumió y a que completara la fila de las respuestas para las ocasiones de consumo, indicando qué bebió, dónde estuvo, con quién estuvo, y de qué humor se encontraba cuando consumió. A fin de facilitarle el registro, en la parte posterior de la tarjeta de automonitoreo, se proporcionaron los códigos para las respuestas comunes en cada una de las situaciones proporcionadas.

FIG. 4.3. TARJETA DE AUTO-MONITOREO*

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
 GRUPO: _____ FECHA: _____ No DE ARJETA _____
 NOMBRE DEL APLICADOR: _____

Use la escala de copa estándar que aparece en la parte posterior de esta tarjeta para registrar la categoría de **cantidad** y las claves para las categorías de **dónde, con quién y estado de ánimo**.

FECHA	HORA	AM PM	TIPO DE BEBIDA	CANTIDAD (ONZAS)	DÓNDE (CLAVE)	CON QUIÉN (CLAVE)	EDO. DE ÁNIMO (CLAVE)	COMENTARIOS

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga anaya y teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press.

Un trago estándar equivale a:	Claves para DÓNDE	Claves para CON QUIÉN	Claves para ESTADO DE ÁNIMO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cerveza de lata. 2. 1 botella de cerveza de 341 ml. 3. Un jarrito de 360 ml de pulque. 4. 1 copa de 43 ml. de destilado. 5. 1 caballito de tequila. 6. 1 copa de 142 ml. de vino de mesa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taberna / bar. 2. Restaurante (con comida). 3. Casa propia. 4. Casa de otros. 5. Trabajo / escuela. 6. Club privado, escuela. 7. Evento social (boda, fiesta, XV años, eventos deportivos). 8. En un coche. 9. Afuera de una casa (en a puerta, calle). 10. Otro (especifique). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solo. 2. Parientes (familia). 3. Amigos hombres. 4. Amigas mujeres. 5. Amigos de ambos sexos. 6. Extraños o gente que conociste después de iniciar la ingesta. 7. Otro (especifique). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Feliz. 2. Fuera de si. 3. Romántico / sexy. 4. Relajado. 5. Deseoso de festejar. 6. Triste/deprimido. 7. Frustrado. 8. Tímido. 9. Enojado. 10. Ansioso / estresado. 11. Cansado / aburrido. 12. Otro (especifique).

A fin de garantizar el llenado de los autoregistros se empleó el siguiente enfoque: después de una revisión de las instrucciones y de la justificación para el automonitoreo, la terapeuta le pidió comentarios acerca de la tarea. Al poner cuidadosa atención al contenido de las reacciones del estudiante, la terapeuta buscó identificar posibles obstáculos que pudieran interferir con la realización de la tarea. En aquellos casos en que los estudiantes permanecían poco dispuestos para monitorear su consumo, la terapeuta buscó negociar un compromiso entre no monitorear todo y monitorear de una manera óptima. Una vez que se establecieron los términos, la terapeuta una vez más buscó un compromiso de parte del estudiante para que hiciera un esfuerzo de monitorear su conducta.

A través del proceso de identificación de barreras, solución de problemas y negociación, fue importante que la terapeuta entendiera y transmitiera claramente las preocupaciones del estudiante. Se intentó hacer un equilibrio entre la empatía y entendimiento de las preocupaciones expresadas con un sentido de que las soluciones pudieran ser encontradas e intentadas de una manera seria. Debido a que algunas barreras se mantuvieron ocultas hasta que la situación se presentó, se motivó al estudiante para que experimentara y solucionara de la mejor manera que pudiera *in situ* a fin de desarrollar soluciones alternativas. Los esfuerzos para ajustarse con el plan que mejoró el monitoreo se estableció en el compromiso hecho por el estudiante.

Las barreras más comúnmente descritas por los estudiantes incluyeron objeciones a la cantidad percibida del tiempo requerido para completar la tarea o la vergüenza de registrar su consumo en público. Aunque fue importante enfatizar los beneficios que se obtendrían del ejercicio, la terapeuta siempre pudo enfatizar la dificultad de terminar la tarea y ayudarlo a resolver cualquier problema. En ocasiones fue necesario negociar las particularidades con un estudiante resistente. Algunas de las respuestas a preocupaciones comunes se describen a continuación:

- **Estudiante.** *¿Cuánto tiempo tomaría esto?*
Terapeuta. Sólo toma un minuto o dos para completar la información de cada día de consumo. En la medida en que te familiarices con los códigos, es probable que te tome menos tiempo.
- **Estudiante.** *Me sentiré un poco extraño al registrar mi consumo enfrente de todos. ¿No podría registrar mi consumo al día siguiente?*
Terapeuta. Puede ser penoso hacer eso en público, ¿cierto?
- **Estudiante.** *Bueno, si*
Terapeuta. Podrías hacerlo al otro día. No estarías fuera del ejercicio haciéndolo de esta manera. Esa es mi mayor preocupación. ¿Me pregunto si habría una forma en que pudieras hacerlo que no resultara penosa?
- **Estudiante.** *Bueno, supongo que podría ir al baño ocasionalmente durante la fiesta y registrar que he consumido. Eso puede funcionar.*
Terapeuta. Eso suena como una buena solución.

En este diálogo, la terapeuta validó las preocupaciones y aprensiones del estudiante acerca del automonitoreo y buscó una alternativa que pudiera ser aceptable para ambos. La terapeuta asumió una postura de “unamos nuestros esfuerzos”; esto es, trabajar de manera colaborativa con el estudiante en la construcción de un plan. Al reconocer que el estudiante podía sentirse presionado u obligado a aceptar un plan de manera prematura, el terapeuta proporcionó una nueva oportunidad para modificar el plan, o de que el estudiante expresara preocupaciones adicionales. Finalmente, la terapeuta buscó un compromiso del estudiante, tanto para hacer la tarea como para llamar a la terapeuta en caso de que se presentaran problemas. El compromiso se realizó de manera “suave” (ejemplo: ¿podemos acordar eso?) más que hacerlo de una manera forzada, con el propósito de minimizar el rechazo psicológico, tal y como se muestra en el siguiente diálogo.

Automonitoreo: Descripción de la tarea y obtención del compromiso

Terapeuta: Está bien, tengo algunas cosas que platicar contigo. Me gustaría pedirte que monitorees y registres tu consumo entre ahora y hasta nuestro siguiente encuentro. Existen diversas razones por lo que eso resultaría útil. La primera, y más importante, es que nos ayudará a ambos a tener una mejor idea de cómo es tu consumo. Será útil que revisemos esta información la próxima vez que nos veamos. Además de que las personas aprenden mucho acerca de sí mismas cuando toman nota de una conducta en particular de esta manera. Tú puedes aprender algunas cosas que no sabías o puedes clarificar otras que ya habías considerado. ¿En qué estabas pensando al respecto cuando te estaba haciendo esta petición?

Estudiante: No sé. No sé si estaba pensando algo específico. ¿Qué implicaciones tiene esto?

Terapeuta: Buena pregunta. Básicamente me gustaría que usaras estas tarjetas (la terapeuta muestra las tarjetas de monitoreo) para registrar tu consumo. Esencialmente la tarea consiste en completar una fila por cada copa que consumas, registrando la fecha y hora, el tipo y cantidad de alcohol que consumiste, dónde estabas, con quién estabas y cómo te sentiste. Para hacer esto más fácil, hemos listado un número de descripciones con códigos en la parte posterior de la tarjeta (el terapeuta muestra los códigos) para hacer más fácil el registro. En los días en que no bebas, indicarás la fecha y anotarás “no consumí”. ¿Alguna pregunta o comentario antes de continuar?

Estudiante: No. Parece muy sencillo.

Terapeuta: Está bien. La idea es que registres tu consumo en el momento en que lo haces.

Estudiante: ¿Quiere decir que saque la tarjeta y registre estando en la fiesta?

Terapeuta: Si. ¿Qué piensas acerca de esto? ¿Crees ser capaz de hacerlo?

Estudiante: Podría ser un poco extraño. No estoy seguro si realmente quiero hacer esto. ¿Hay alguna otra manera de hacer esto?

Terapeuta: Si, claro. Lo que yo te señalé es la circunstancia ideal en términos de precisión, entre más tiempo pase desde el momento en que tu consumes la bebida y el momento en que lo registres, se vuelve más difícil recordar exactamente qué sentiste cuando consumiste la bebida, etc. Sin embargo, estoy escuchando que tu

dices que esto podría limitar tu diversión o que te podrías sentir un poco raro. Definitivamente quiero que tú imagines una manera de hacer esto sin que te resulte una mala experiencia. Veamos, existen al menos dos problemas, el primero es limitar tu diversión al tener que interrumpir el momento de realizar una actividad para llevar a cabo el registro. El segundo, es que te sentirías raro al completar las tarjetas enfrente de tus amigos. ¿Podemos resumirlo de esa manera?

Estudiante: Sí. Creo que es más el primer punto. No me preocupa realmente lo que pueden pensar mis amigos, ellos probablemente dirían lo siguiente: “¿qué es esto?” y yo les diría: “¡qué les importa!”; pero lo que yo realmente no quiero es dejar de hacer lo que estoy haciendo para registrar mi consumo ¿Entiende lo que quiero decir?

Terapeuta: Sí, pienso que sí. Me parece que estas de acuerdo en registrar tus consumos en general, pero no hacerlo en el momento en que estás consumiendo. ¿Es esto así?

Estudiante: Sí, exactamente.

Terapeuta: Está bien, entonces lo que necesitamos es imaginarnos una manera en la que no tengas que dejar la fiesta mentalmente o dejar de hacer lo que estabas haciendo para registrar tu consumo. Al mismo tiempo necesitamos pensar cómo podremos recolectar los datos, de tal forma que lo hagamos de la manera más precisa posible. ¿Qué piensas al respecto? ¿Algunas sugerencias sobre cómo podrías lograr ambas cosas?

Estudiante: No sé. Quizás podría registrar mi consumo en la mañana siguiente. Podría recordar mucho de lo que pasó.

Terapeuta: Esta es efectivamente una manera de hacerlo, ciertamente. Mi única preocupación con este plan es que las cosas se ven a menudo muy diferentes a la siguiente mañana cuando la persona está sobria. Lo que las personas recuerdan de las experiencias es muchas veces muy diferente de lo que las personas experimentaron en ese momento. Otra posibilidad sería únicamente registrar tus copas en una ocasión a lo largo de la fiesta y hacerlo una vez más a la mañana siguiente. De tal forma que tú podrías, por ejemplo, encontrar un lugar privado y registrar lo que hayas tomado hasta ese momento. Podrías terminar el registro a la mañana siguiente en lo que respecta al tiempo restante. De esta manera podrías minimizar el problema de la interrupción y estarías más cerca del evento, lo que te permitiría poder reflexionar sobre las preguntas. ¿Qué te parece esto?

Estudiante: Sí, me parece bien. Podría ir al baño o a algún lugar y llevar a cabo el registro ahí. Sí, pienso que podría hacer eso.

Terapeuta: Bien. Ahora esto se ve como algo a lo que podrías comprometerte a hacer desde este momento hasta la próxima vez que nos veamos. Si existe algo en lo que todavía no estés de acuerdo podríamos verlo para ver cómo podríamos arreglarlo.

Estudiante: No, creo que todo está bien. Sí, puedo comprometerme a hacerlo.

Terapeuta: ¡Excelente! Una cosa más acerca del automonitoreo. Te puedes encontrar que una vez que lo llesves a la práctica descubras que no funciona también como lo habíamos pensado. Yo quiero animarte a que continúes experimentando con el mejoramiento del plan hasta que se ajuste a ti. Debes de ser creativo. Si te encuentras con alguna dificultad quiero que me llames y podamos unir nuestros

esfuerzos y encontrar algo para que funcione mejor. ¿Podemos acordar esto también?

Estudiante: Si, pero no creo que sea un problema.

Terapeuta: Bien. Creo que este plan que hicimos parece muy razonables y tu te vez seguro sobre las dificultades que pudieran presentarse. Yo también tengo confianza en este plan. También quiero asegurarme que tengamos un plan de emergencia en el caso de que no hayamos considerado algo.

Estudiante: Ah, ya veo.

CIERRE DE LA SESIÓN

Antes de concluir la sesión, la terapeuta hizo los arreglos para la segunda sesión. Con el fin de obtener un muestreo adecuado de la conducta de consumo en el monitoreo, la segunda sesión se programó *no antes de 10 días después de la primera sesión*. Se prefirió dar dos semanas entre sesiones, de tal forma que el automonitoreo pudiera incluir dos fines de semana, ya que estos días son generalmente los días de consumo excesivo para los estudiantes universitarios. También el terapeuta proporcionó una apertura adicional para que el estudiante expresara cualquier preocupación o pregunta que tuviera hasta este momento. La terapeuta cerró la sesión diciendo lo siguiente: *“Finalmente llegamos al término de nuestra primera sesión. En lo particular me gustó reunirme contigo y aprecio el que hayas sido franco conmigo Hemos cubierto mucho terreno el día de hoy. Antes de que contestes una serie de cuestionarios, quiero checar contigo y saber si tienes alguna pregunta o comentario de lo que hemos hablado o de lo que no tuvimos oportunidad de discutir”*

Al proporcionar esta invitación de hablar abiertamente sobre el proceso y contenido de la sesión e introducir otros temas, la terapeuta creó otra oportunidad para establecer el rapport con el estudiante y obtener información adicional que pudiera ser importante en la sesión de retroalimentación y consejo final.

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTE Y PAQUETE DE MEDIDAS DEL ESTILO DE VIDA

Antes o después de la primera sesión el estudiante completó las medidas de autoreporte de papel y lápiz adicionales. El paquete de cuestionarios empleado compuesto por los siguientes instrumentos es suficientemente comprensible y toma aproximadamente 45 minutos contestarlos: El Perfil Breve del Bebedor (PBB), Tarjetas de Automonitoreo (TAM), Cuestionario de Disposición para el Cambio, (CDC), Forma de Evaluación de Normas del Consumo (FENC), Cuestionario de Efectos Comprensivos del Alcohol (CECA), Tarjetas Personalizadas del Nivel de Alcohol en Sangre (TPNAS) (Véase la Sección de Instrumentos de Evaluación que aparecen al final de esta Guía).

SESIÓN DE RETROALIMENTACIÓN GRÁFICA PERSONALIDAD

En esta segunda sesión, la terapeuta le proporcionó al estudiante retroalimentación y consejo sobre su consumo, de acuerdo a la evaluación de la sesión anterior. Después de revisar los objetivos y hacer una descripción de esta sesión, la terapeuta se enfocó en la preparación de esta sesión, la cual comprendió los siguientes aspectos: (a) revisión de los materiales de evaluación y generación de hipótesis; (b) lineamientos para la selección de la meta de consumo; (c) empleo de retroalimentación gráfica personalizada; (d) desarrollo de una tarjeta y gráfica personalizada del nivel de alcohol en sangre; (e) Hoja de tips para un estilo de vida con menos riesgo de consumo de alcohol; (f) orientación, establecimiento de rapport y fortalecimiento del compromiso; (g) proceso clínico y enfoque para la otorgación de la retroalimentación y el consejo; (h) otorgamiento de la retroalimentación y el consejo; (i) elaboración de las referencias institucionales; (j) toma del siguiente paso: atención escalonada.

La segunda sesión comprendió la consecución de los siguientes cuatro objetivos: (1) proporcionar al estudiante retroalimentación gráfica personalizada sobre su patrón de consumo actual de alcohol y de los riesgos asociados al consumo, lo cual incluyó comparar la cantidad y frecuencia del consumo del estudiante con los de la muestra normativa de estudiantes universitarios, además de revisar los factores de riesgos individuales (ej. expectativas de resultados positivas por el consumo de alcohol, historia familiar de problemas de consumo de alcohol, historia personal de consecuencias negativas o indeseables de consumo de alcohol); (2) refutar los mitos e incrementar la precisión de la información que tenía el estudiante sobre el alcohol y sus efectos; (3) ofrecer estrategias específicas para reducir la ocurrencia y futuros riesgos relacionados con el consumo de alcohol; y (4) incrementar la motivación del estudiante para cambiar sus conductas riesgosas actuales y solución de problemas sobre las barreras potenciales que pudieran comprometer el inicio o mantenimiento del cambio.

Esta sesión tuvo un carácter ideográfico; en otras palabras, se diseñó a las necesidades particulares de cada estudiante. La terapeuta frecuentemente proporcionó retroalimentación y consejo a lo largo de la segunda sesión, mezclando un toque de retroalimentación y una "rociada" de consejo. El consejo y la elaboración de planes se enfatizaron hacia el final de la sesión. La información sobre el alcohol y sus efectos, las técnicas de entrevista motivacional y las estrategias para eliminar barreras se proporcionaron a lo largo de la sesión.

Esta segunda sesión fue comparable, en muchos aspectos, con una sesión en la que el paciente recibe retroalimentación de un profesional del cuidado de la salud sobre un problema particular de salud, como la hipertensión. Dentro de este escenario, el profesional de la salud es probable que notifique en primer término al paciente que su presión sanguínea es muy alta, y luego le explique los riesgos médicos específicos de esta condición. El profesional de la salud puede revisar factores que puedan explicar la condición actual (por ejemplo la historia familiar de hipertensión, el estilo de vida agitado, dieta inadecuada, etc.). Una vez que se

proporciona esta retroalimentación, el profesional de la salud puede proporcionar un amplio rango de opciones de intervención que van aumentando conforme el grado de inactividad creciente (por ejemplo, reducción en la ingesta de sal, pérdida leve de peso, dietas muy restrictivas, medicamentos hipertensivos, cirugía); luego discutir y negociar un curso de acción apropiado para reducir la presión sanguínea; y finalmente, continuar con el monitoreo y seguimiento del progreso del cliente.

PAUTAS PARA LA SELECCIÓN DE METAS DE CONSUMO

La meta del entrenamiento en moderación es el consumo no abusivo y no problemático de alcohol. Obviamente no todos los estudiantes con problemas de alcohol son capaces de moderar su consumo, a pesar de desearlo. Como regla, los estudiantes universitarios que consumen no se encuentran interesados en abstenerse del alcohol y prefieren la moderación. La cuestión clave es determinar cuándo recomendar la abstinencia. Los lineamientos que se presentan a continuación constituyen los criterios que se emplearon en decidir cuándo se recomendó la abstinencia: (1) la estudiante se encuentra embarazada o creé estarlo; (2) el estudiante ha sido advertido por un médico que deje de consumir alcohol; (3) el estudiante presentó una condición médica que es exacerbada por el alcohol (por ejemplo: úlceras, diabetes). En estos dos últimos casos, se hizo referencia al estudiante con un médico especialista para determinar si algún grado de consumo de alcohol era recomendable a juzgar por la historia médica del estudiante. En tales casos se les recomendó a los estudiantes que se abstuvieran hasta que realizaran una consulta médica.

EMPLEO DE LA RETROALIMENTACIÓN GRÁFICA PERSONALIZADA

Los componentes sobresalientes de la retroalimentación se presentaron de manera gráfica a cada estudiante. Esta gráfica le proporcionó al estudiante una retroalimentación personalizada sobre su patrón de consumo del alcohol comparado con las normas de los estudiantes universitarios y le dio una perspectiva de sus riesgos con los problemas de alcohol. La gráfica se diseñó de tal manera que se explicara por sí misma. Sin embargo el terapeuta revisó, conjuntamente con el estudiante, todas las categorías que se encontraban en la gráfica, de esta forma la retroalimentación gráfica sirvió como una guía para la sesión, considerando lo extenso de la información que se debía cubrir. Por otro lado, la gráfica ayudó para establecer el rapport cuando la terapeuta y el estudiante “examinaron” conjuntamente el contenido de la gráfica, el estudiante y la terapeuta se sentaron juntos (tanto literal como figurativamente), examinaron los datos de tal forma que tuviera un sentido para ambos. Esto fue muy similar a cuando un viajero y su guía examinan un mapa juntos para seguir un curso. Finalmente, el estudiante se llevó las gráficas a su casa para un uso futuro y como referencia.

DESARROLLO DE LA TARJETA Y GRÁFICA PERSONALIZADA
DEL NIVEL DE ALCOHOL EN SANGRE

Después de la entrevista inicial, se elaboró una gráfica personalizada del nivel de alcohol en la sangre (NAS) y una tarjeta más pequeña del nivel de alcohol en sangre (del tamaño de una cartera) para el estudiante. La tarjeta proporcionó al estudiante una aproximación del NAS del estudiante después de consumir bebidas alcohólicas y esto se ajusta de acuerdo al peso y el sexo del estudiante. La Tabla 5 constituye un ejemplo de esta tarjeta. Las estimaciones del NAS hombre y mujer de diferentes pesos se encuentran disponibles en Matthews and Miller (1979).

Tabla 5. Nivel de Alcohol en Sangre (mg%) aproximado según la cantidad de copas ingeridas/1 hora y peso del estudiante

No. De copas (1 copa = 13-19 ml u 11-15 g de alcohol)*

Peso en Kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45	40	90	130	160	220	260	300	350	390
55	40	70	110	140	220	220	250	290	330
64	30	60	90	120	190	190	230	250	280
73	30	50	80	110	160	160	190	220	250
82	20	50	70	100	140	140	170	200	220
91	20	40	60	90	130	130	150	170	190

*Esta cantidad de alcohol se encuentra en 42 ml de whisky, 340 ml de cerveza, 42 de cognac, 84 ml de vermouth, o bien en 2 copas de vino de mesa de 84 ml c/u.

HOJA DE "SUGERENCIAS"

Además de la hoja de retroalimentación gráfica personalizada y de las tarjetas y gráficas del NAS, la terapeuta le proporcionó al estudiante una hoja de tips genéricos que resumían la información acerca del alcohol y de sus efectos, resaltando los puntos principales discutidos durante la segunda sesión. Se emplearon listas y gráficas con el fin de ilustrar diversos conceptos (p. ej., efectos sobre la gente que no tienen tolerancia al alcohol en diferentes NAS's, la respuesta bifásica del alcohol). La hoja de tips también incluyó información sobre entrenamiento en destrezas básicas para el manejo del alcohol y estrategias de moderación, tales como el espaciar el tiempo entre copa y copa, beber calidad en lugar de cantidad, alternar bebidas alcohólicas con no alcohólicas, tomar cerveza en lugar de alcohol fuerte y establecimiento de un límite de consumo. Finalmente la hoja incluyó información adicional sobre cómo el alcohol "engancha" la atención de los estudiantes, tales como la cantidad de dinero que gasta la industria de bebidas alcohólicas para promocionar sus productos en los campus universitarios. La figura B.5 constituye un ejemplo de hoja de tips que se empleó.

FIGURA B.5



Para todos ellos que no son tolerantes al alcohol, los efectos están en función del nivel de alcohol en sangre:

- 0.2% bebedores no tolerantes empiezan a sentir algún efecto 0.4% mucha gente empieza a sentirse relajada
- 0.6% juicio deteriorado, la gente es menos capaz de tomar decisiones racionales acerca de sus capacidades, como manejar.
- 0.8% definitivo deterioro en la coordinación muscular y habilidades de manejo. Aumenta la sensación de nauseas.
- .10% claro deterioro en el tiempo de reacción. **Intoxicación legal** .15% deterioro en el balance y el movimiento. Riesgos de accidentes .30% mucha gente pierde la conciencia. Riesgo de muerte

Considera cuanto tomar

Mucho alcohol puede no darte lo que tú quieres. Muchos adultos beben por el suave efecto, pero evitan los efectos dolorosos y peligrosos.

Mientras más cantidad y más rápido bebas va a ser menor la experiencia de los efectos suaves del alcohol y más rápido experimentarás los efectos depresores.

La tolerancia es un factor de riesgo para los problemas con el alcohol (académicos, legales, sociales y de salud)

Considera mitos y realidades

Los efectos del alcohol en la conducta social a menudo vienen más por cultura que por química. De hecho la creencia es que una vez que se ha consumido alcohol es suficiente para que la mayoría de la gente se sienta más relajada, y más confiada o sexual. Esto es verdadero incluso si la persona no ha consumido alcohol, pero simplemente piensa que si lo consumió. Los efectos químicos del alcohol, la baja coordinación motora y las habilidades, pueden impactar en el pensamiento y el juicio.

Considera tus opciones

Estando enterado de los riesgos de los problemas de consumo y manejándolos, te ponen tempranamente en una posición mejor para la salud a través de tus años de universidad

Tips específicos para reducir riesgos por el consumo

- **Diviértete sin consumo**
- **Si decides beber, bebe poco**
- **Planea cuanto vas a beber**
- **Come antes de beber**
- **Tomate un tiempo entre bebida y bebida**
- **Alterna bebidas alcohólicas con bebidas no alcohólicas**
- **Bebe calidad en lugar de cantidad**
- **Pon como límite 0.05% de BAL**
- **Evita juegos de consumir**
- **Prepárate para manejar situaciones, gente y lugares donde ocurre el consumo fuerte**
- **Experimenta bebiendo menos y rehusándote a consumir**
- **consume bebidas de baja concentración de alcohol, como la cerveza**

La meta de esta segunda sesión fue proporcionar al estudiante la motivación y destrezas para reducir las consecuencias negativas que se originan del consumo del alcohol, al proporcionarle retroalimentación basada en la sesión inicial e información adicional que impulsara al estudiante en la dirección al cambio. Las características más específicas de esta meta incluyeron los siguientes componentes: (1) proveer al estudiante con retroalimentación específica acerca sobre su patrón de consumo y riesgos asociados a este; (2) equipar al estudiante con información psicoeducacional sobre el alcohol que le ayude a estar mejor informado y a que tome decisiones menos riesgosas sobre cómo tomar alcohol; (3) proveerle al estudiante de consejos y recomendaciones sobre modificaciones del actual patrón de consumo en un nivel conmensurado con el estado de actual de disposición al cambio del estudiante; (4) crear en el estudiante una motivación y compromiso para el cambiar; y (5) Ayudarle al estudiante en la eliminación o reducción de barreras u obstáculos para el cambio.

Aun cuando el terapeuta ya le había proporcionado al estudiante un panorama general de la intervención en el inicio de la primera sesión, la terapeuta se tomó unos cuantos minutos para orientar al estudiante a los terrenos de la segunda sesión. El diálogo que se presenta a continuación nos brinda un ejemplo de cómo la terapeuta orientó al estudiante en esta sesión. Obsérvese que además de orientar al estudiante, la terapeuta también se dirigió a reestablecer el compromiso del estudiante para involucrarse en la intervención al proporcionarle retroalimentación.

Diálogo Orientación al estudiante en la segunda sesión

Terapeuta: ¡Bienvenido de nuevo! como sabes, esta es probablemente nuestra última sesión, a menos que decidamos, por cualquier razón, que nos tengamos que ver nuevamente. Eso lo discutiremos más tarde. Por ahora, quiero tomarme un minuto para que veamos lo que había planeado para esta sesión, y ver si hay algo más que tengas en mente que quieras señalar para nuestra reunión de hoy.

Estudiante: Esta bien.

Terapeuta: Desde la última vez que nos vimos, resumí en esta gráfica la información que proporcionaste durante la evaluación que se te hizo cuando llegaste por primera vez a este Programa y nuestra primera sesión, lo cual nos permitió tener una visión más profunda de tu consumo en comparación con tus amigos y algunos riesgos que pueden estar asociados con tu consumo. Iniciaremos viendo tus tarjetas de monitoreo, y luego pasaremos a verlas conjuntamente con la información de esta gráfica. Posteriormente, tomaremos un poco de tiempo para hablar de cómo podrías hacer uso de esta información en el futuro. Debo también mencionar que a lo largo de nuestra reunión discutiré algunos aspectos básicos acerca del alcohol – alguno de los cuales tú ya sepas y algunos de los cuales serán totalmente nuevos. ¿Qué te parece?

Estudiante: Si, me parece bien. La gráfica se ve muy interesante.

Terapeuta: Bien. La gráfica es interesante, en tanto que nos permite ver mucha información de una manera inmediata. ¿Hay algo más que te interese saber y que quieras discutir para añadirla en la agenda?

Estudiante: No realmente no. ¡Ah sí Estoy interesado en saber si es un problema el consumir alcohol al mismo tiempo que fumar marihuana.

Terapeuta: Buena pregunta, la agregaremos a la lista. ¿Algo más que quieras que discutamos?

Estudiante: No, eso es todo.

Terapeuta: Muy bien. ¿Por que no empezamos? Quiero que te sientas libre para detenerme cuando quieras hacer alguna pregunta o clarificar algo. Quiero hacer esto tan interactivo y útil como sea posible.

Estudiante: Está bien, lo haré.

Resultó conveniente señalar los siguientes puntos adicionales acerca de la estructura de la segunda sesión antes del inicio de su revisión. En la tabla 5.1 se enlistan los principales temas de la sesión 2 de la manera como se hizo, así como la longitud de tiempo aproximada que se le dedicó a cada componente, basados en una sesión de 50 minutos. Igualmente es conveniente enfatizar que no hay nada mágico sobre esta forma particular de secuenciación, aún cuando se ha encontrado útil y conveniente. Además el material psicoeducacional y el tópico específico del consejo y las recomendaciones se incluyeron donde estas fueron clínicamente relevantes para la discusión en cuestión. Tal como la indica la tabla 5.1, resultó necesario desplazarse rápidamente a lo largo de la segunda sesión, a fin de instrumentar los componentes básicos en el tiempo asignado.

Tabla 5.1 Componentes de la Segunda Sesión y tiempo aproximado

Temas básicos para al sesión de retroalimentación y consejo	Tiempo aproximado
– Orientación y recommitment.	– 3 a 5 minutos.
– Revisión y discusión de las tarjetas de monitoreo.	– 5 a 7 minutos.
– Revisión del patrón de consumo en comparación con la norma.	– 7 a 10 minutos.
– Revisión de riesgos personales y consecuencias negativas.	– 7 a 10 minutos.
– Consejo y recomendaciones.	– 7 a 10 minutos.
– Uso de estrategias generalizadas más allá de la intervención breve.	– 3 a 8 minutos.

PROCESO CLÍNICO Y ENFOQUE PARA PROPORCIONAR LA RETROALIMENTACIÓN Y EL CONSEJO

A diferencia de la primera sesión muy estructurada, la segunda sesión requirió de una mayor cantidad de flexibilidad. La terapeuta transitó rápidamente en el sentido de “jalar” al estudiante lo suficiente para incrementar su motivación, pero no tanto que lo molestara o que lo hiciera resistente. Particularmente se encontró útil tener en cuenta las siguientes “reglas de dedo” a medida que se enfocó la intervención: (1) tomar una postura realista, pragmática (no asumir que el estudiante

está interesado en realizar cambios en sus hábitos de consumo); (2) evitar los “debería”; (3) considerar que la motivación y el insight no son siempre suficientes para cambiar la conducta; (4) considerar que el cambio de conducta puede ocurrir repentinamente; y (5) obtener compromisos específicos para cambiar conductas del estudiante.

REVISIÓN DE LA TAREA SOBRE LA TARJETA DE MONITOREO

La segunda sesión se inició con una revisión de la tarea del estudiante. Se empezó con las tarjetas de monitoreo debido a las siguientes razones: La primera es que al revisarlas se reconocen los esfuerzos del estudiante y voluntad para cumplir con su compromiso con la terapeuta de participar activamente en la intervención y de hacer la tarea asignadas. La segunda es que el estudiante a menudo se encuentra emocionado e interesado en recibir retroalimentación de la terapeuta como si fuera de un profesor. En cierto sentido, el estudiante llega a la sesión esperando recibir algo de la terapeuta (ej. alabanza, retroalimentación, etc.) por el trabajo realizado. La última es que el revisar las tarjetas de monitoreo le da una estructura razonable a la tarea a realizar que sirve como otro medio para reestablecer el rapport.

Antes de intentar analizar la riqueza de los datos que se encontraban en las tarjetas de monitoreo, el terapeuta le proporcionó al estudiante una oportunidad de comentar su tarea. Se inició haciendo la siguiente pregunta abierta: “¿Cómo te fue con el monitoreo en las 2 semanas anteriores?”

Esto también sirvió para que la terapeuta tuviera alguna idea de qué tan exactos eran los datos y qué tanto esfuerzo le llevó al estudiante ejecutar la tarea de llenar las tarjetas. A continuación se hizo otra pregunta abierta para determinar el impacto percibido de la experiencia de monitorear por parte del estudiante, y determinar qué tanto el estudiante había pensado acerca de lo que observó y registró. Se le hizo la siguiente pregunta: “Una vez que has registrado tu conducta de consumo en las 2 últimas semanas, ¿qué has notado o aprendido que no te habías dado cuenta antes? La terapeuta le indicó que estaba interesada en lo que había aprendido de monitorear su consumo. ¿Qué había observado? ¿Qué había aprendido? ¿Qué es lo que le había quedado más claro como resultado de esto? ¿Descubrió alguna sorpresa? ¿Qué barreras encontró?, si es que hubo alguna, en el monitoreo de su consumo, ¿Qué tanto fue capaz de elaborar soluciones a los problemas que se encontraron?”

Una vez que el estudiante tuvo la oportunidad de analizar la experiencia de monitoreo, la terapeuta centró sus esfuerzos en el contenido arrojado por los datos. En primer lugar, le preguntó al estudiante que describiera qué es lo que había registrado. Típicamente, el estudiante se dirigió a las tarjetas señalando sus días de consumo más fuertes. Ante esto la terapeuta asumió una postura colaborativa e investigadora con el estudiante. Esto es, la terapeuta y el estudiante revisaron conjuntamente las tarjetas, de tal forma que los datos tuvieran sentido y se extrajo información sobre el patrón de consumo. A continuación la terapeuta le hizo la siguiente pregunta tratando de determinar qué tan a menudo y cuánto consumió el

estudiante: “Vamos a ver, ¿cuántos días consumiste alcohol?, ¿qué cantidad promedio consumiste cuando lo hiciste?”

Una vez que se obtuvo el patrón típico, los picos de frecuencia y cantidad, la terapeuta le proporcionó al estudiante una gráfica personalizada de Nivel de Alcohol en Sangre (NAS) y se le enseñó cómo estimar el NAS típico aproximado y el pico más alto del NAS para el periodo monitoreado. Para determinar el pico más alto del NAS, el terapeuta le pidió al estudiante que recordara la ocasión, durante ese periodo, en que se encontró más intoxicado. El punto de la experiencia de mayor intoxicación del estudiante se comparó con los niveles del NAS aproximados. Este proceso proporcionó un foro de discusión de cómo calcular el NAS's, cuánto alcohol es igual a una copa estándar y qué efectos del alcohol estaban en los diferentes Niveles de Alcohol en Sangre, así como identificar los riesgos.

Dependiendo de lo que se rebeló en la discusión, la terapeuta le proporcionó al estudiante información psicoeducacional adicional acerca del alcohol. La terapeuta le pidió al estudiante que describiera cómo experimentó los efectos del alcohol en alguna de las ocasiones registradas. La terapeuta y el estudiante compararon los efectos que tuvo el alcohol sobre el estudiante en una ocasión en particular con los efectos que comúnmente tiene la experiencia del alcohol con personas que no tienen tolerancia. Si el estudiante reportó que no sintió los efectos del alcohol o que tuvo una experiencia menos fuerte, esto abrió la puerta para una discusión de la tolerancia. Cabe señalar que aun cuando la mayor riqueza de los datos contenida en las tarjetas se refiere a los factores situacionales específicos asociados con el consumo del estudiante, la terapeuta pospuso la discusión sobre el rol de esos factores contextuales del consumo excesivo hasta un punto más avanzado de la sesión, sin embargo, la terapeuta empezó a subrayar y nominar los factores asociados con el consumo excesivo mientras revisó la tarjeta conjuntamente con el estudiante. Por ejemplo, la terapeuta le comentó lo siguiente: “Parece que tu consumo más fuerte es en los sábados, cuando te encuentras consumiendo con tus amigos en el bar. ¿Tu también lo vez así? (Estudiante: Si lo veo muy parecido). Y aquí se ve que en ambas ocasiones, cuando estabas de muy buen humor y sintiéndote feliz y relajado”.

RETROALIMENTACIÓN AL ESTUDIANTE SOBRE SU PATRÓN Y NORMAS DE CONSUMO

Después de revisar las tarjetas de monitoreo y de presentar la tarjeta del NAS, la terapeuta empezó a proporcionar retroalimentación y consejo. En primer lugar, la terapeuta le presentó al estudiante la hoja de la gráfica personalizada que resumía los materiales de la evaluación. La terapeuta se tomó unos breves momentos antes de pasar a la retroalimentación. La terapeuta hizo una declaración transitoria como la siguiente que cubrió el puente entre la revisión de las tarjetas de monitoreo y el otorgamiento de retroalimentación: “Vamos a ver cómo la información que recolectaste en las tarjetas de monitoreo se compara con la información que proporcionaste la última vez que nos vimos. Estas hojas de retroalimentación resumen algo de la información que tú y yo discutimos la última vez que nos vimos.

También incluye cierta información de los cuestionarios que completaste después de nuestra reunión. (La terapeuta le mostró la hoja de la gráfica de retroalimentación al estudiante). Observa que tus hábitos de consumo se encuentran resumidos en el lado izquierdo de la hoja, en tanto que tus riesgos personales asociados con el consumo de alcohol están en el lado derecho. Está bien, lo que quiero hacer ahora es revisar esta información contigo. ¿Qué te parece?” (Estudiante: “Bien”). “A medida que avancemos por favor detenme si tienes alguna pregunta o comentario sobre el material. ¿Está bien?”

La terapeuta entonces empezó desde la parte superior de la grafica y siguió hacia abajo, haciendo pausas a lo largo del camino para provocar reacciones del estudiante sobre el material, destacando expresiones y/o aclaraciones de interés hechas por el estudiante, y contestando preguntas que se originaron al momento de proporcionar la retroalimentación. La información que se proporcionó versó, en primer término, sobre el patrón típico de consumo del estudiante, seguido de la comparación de este patrón con las normas de los estudiantes. La retroalimentación se presentó entonces en relación con la percepción del estudiante sobre las normas típicas del consumo de los estudiantes universitarios.

PATRÓN DE CONSUMO ACTUAL

El propósito principal de proporcionar retroalimentación sobre los patrones actuales de consumo fue incrementar la conciencia del estudiante sobre qué tanto y qué tan frecuentemente consume alcohol. La información revisada se derivó de las tarjetas de monitoreo y del Perfil Breve del Bebedor (PBB). Los temas específicos incluyeron la frecuencia de consumo, la cantidad promedio y pico consumido a la semana, el NAS obtenido en una ocasión promedio de consumo, y el pico más alto del NAS alcanzado durante la evaluación.

Como se menciona previamente, la terapeuta comparó las respuestas a las preguntas sobre consumo proporcionadas durante la entrevista con las respuestas a los reactivos de consumo del paquete de cuestionarios, a fin de garantizar precisión de la información. Al final, se hizo una comparación con los datos recolectados en las tarjetas de automonitoreo. La información que aparece en la retroalimentación grafica se derivó de las porciones típicas y episódicas del BDP. Cuando surgieron discrepancias en detalles significativos (por ejemplo: patrón de consumo, nivel de dependencia al alcohol, grado de los problemas derivados del consumo de alcohol), la terapeuta le preguntó al estudiante que aclarara sus respuestas durante la segunda entrevista. Típicamente la terapeuta hizo esto de una manera discreta como el detective de televisión Columbo (rascándonos la cabeza y pensando en voz alta en un esfuerzo para hacer que tuviera sentido lo que se estaba diciendo con lo que estaba pasando). En un esfuerzo de evitar poner al estudiante en el centro, al tiempo en que emergía un cuadro claro de las conductas y riesgos del estudiante.

El diálogo que se presenta a continuación, ilustra una interacción típica terapeuta- estudiante en la que se proporcionó esta retroalimentación. Obsérvese que la información se presenta de una manera clara y directa; en algunos casos, se lee directamente de la retroalimentación grafica personalizada. Aquella información

que podía ser confusa, - por ejemplo la presentada en escala de percentiles – se describió por el terapeuta de una manera diferente para clarificar y enfatizar el punto. Siempre que fue posible, se comparó la conducta del estudiante con otros marcadores comunes, tales como el límite legal para conducir bajo los efectos del alcohol (en el caso de la retroalimentación del NAS) y las normas universitarias actuales (en el caso del patrón de consumo del estudiante y la percepción de las normas universitarias). En consistencia con las estrategias de la entrevista motivacional, el terapeuta destacó las reacciones o preocupaciones del estudiante sobre la retroalimentación, en un esfuerzo de incrementar la propia conciencia del estudiante o el interés en el cambio.

Diálogo: Revisión de los hábitos de consumo del estudiante en Comparación con las normas de consumo universitarias

Terapeuta: Esta bien, empezaremos aquí en la parte izquierda y superior de la hoja, indicaste que típicamente consumes de 3 o más veces a la semana, y en cada una de las ocasiones consumes entre 5 y 6 copas.

Estudiante: Si, yo diría que ese es el promedio.

Terapeuta: Cuando comparamos qué tanto y qué tan frecuente consumes típicamente en comparación con otros estudiantes universitarios te ubicas en el rango de percentil 80. Esto significa que cerca del 20% de todos los estudiantes universitarios consume más que tu y que el 80% consume menos que tu.

Estudiante: ¡¡Como cree!! ¡¡No exagere!! ¿80%?

Terapeuta: Te ves tan sorprendido, como si esto no fuera lo que esperabas.

Estudiante: ¡Realmente eso se ve muy alto!

Terapeuta: A continuación calculamos el NAS que típicamente alcanzas cuando consumes, además de tu más alto NAS desde el periodo de consumo que discutimos previamente. Estas son estimaciones del NAS con base en tu sexo y peso. Tu NAS típico se estimó en un 0.17% y tu NAS máximo es de 0.29%. Para poner esto en perspectiva, el límite es de 0.08%.

Estudiante: Estoy arriba de eso. ¿Cómo cree? ¿Es correcto? ¡Eso realmente es muy alto!

Terapeuta: Se basa en un estimado de lo que sería tu NAS, dando tu patrón de consumo antes del juego de fútbol. Tienes razón, es alto (una pausa) Usualmente no vemos niveles tan altos como el tuyo

Estudiante: No pude excederme tanto. ¿Cuándo se puede llegar a morir por envenenamiento de alcohol?

Terapeuta: Esa es una buena pregunta. Normalmente las cosas se vuelven peligrosas alrededor del 0.30% del NAS. Estuviste muy cerca de este nivel.

Estudiante: No pude excederme tanto. ¿Mi patrón típico de consumo es casi el doble del límite legal?

Terapeuta: Cierto, esta muy cerca. Vamos a ver la siguiente área. Señalaste que crees que los estudiantes universitarios beben casi lo mismo que tú - de 3 o más

veces por semana, y de 5 o 6 copas por ocasión-. Por lo que se ve, el estudiante típico universitario bebe considerablemente menos: de 1 vez por semana y entre 2 a 3 copas por semana.

Estudiante: Me equivoqué, estuve muy lejos. .

Terapeuta: Si, esto explica tu sorpresa del rango percentil en el que te encuentras, ¿no es así?

Estudiante: Si, asumí que la mayoría de las personas eran como yo y mis amigos.

Terapeuta: Eso es muy común, asumimos que las personas son como nosotros en ciertos hábitos. Si tu y tus amigos beben mucho te quedas con la idea de que este es el promedio normal.

FACTORES SITUACIONALES

Una vez que la terapeuta revisó el patrón de consumo del estudiante, procedió a revisar los factores situacionales a fin de determinar los contextos en los cuales ocurrió el consumo excesivo. Las fuentes de esta información incluyeron a la entrevista (discusiones de cualquier ocasión donde el estudiante consumió más que el patrón típico de consumo) y las tarjetas de automonitoreo. El principal propósito al discutir los factores contextuales fue simplemente identificar cuales eran, no necesariamente para hacer algo con esta información en este momento. La terapeuta proporcionó una justificación para darle atención a estos factores si es que esto era apropiado: "La decisión de consumir - o consumir excesivamente - raramente ocurre en un vacío, pero comúnmente está influenciado por factores externos o situacionales. Si piensas por un minuto al respecto, probablemente te darás cuenta que hay algunas similitudes en las ocasiones en que tu bebes de manera excesiva. Por ejemplo, tú te encuentras con un grupo particular de amigos, o es un día o momento particular de la semana. Quizás te estas involucrando en un actividad particular, como ir a fiestas."

La terapeuta obtuvo después esta información del estudiante antes de recurrir a fuentes de información escrita: "De manera general, ¿dónde y con quién estabas cuando llevaste acabo la mayor parte de tu consumo excesivo?" La terapeuta destacó los factores contextuales específicos que surgieron de la sección episódica del PBB y de las tarjetas de automonitoreo. A continuación, la terapeuta le preguntó al estudiante si existían otros factores que contribuyeran y que no se hubieran revisado (p. ej., vacaciones académicas, exámenes finales o parciales, eventos escolares y deportivos). Aunque la razón para discutir esta información no fue muy explicita durante la sesión, la obvia razón fue proporcionar bases para hacer recomendaciones más específicas para la moderación.

PERCEPCIÓN DE LAS NORMAS Y RANGOS PERCENTILES

El punto principal de la retroalimentación acerca de las normas y los rangos percentiles fue situar al estudiante dentro de un contexto más amplio de los hábitos de consumo de los estudiantes universitarios. Ambos proporcionaron bases de comparación y aumentó el conocimiento del estudiante de cual es el patrón actual

de consumo de los estudiantes. En esta aproximación se proporcionan tres tipos de retroalimentación. (1) la resultante de que cada estudiante comparara su patrón de consumo en cantidad y frecuencia con las normas de consumo; (2) la resultante del patrón de consumo del estudiante convertida a un rango percentil; y Finalmente (3) la resultante de comparar la percepción del estudiante acerca de las normas de consumo con sus propias normas. Los datos normativos usados se derivaron de estudios previos con estudiantes y sus patrones de consumo fueron los siguientes: El 19.9% de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México bebe 1 vez a la semana; un 30% bebe 1 vez al mes y 1.22% bebe tres o más días a la semana. Por otro lado, entre las estudiantes un 8.25% bebe 1 vez a la semana, 24.4% consume 1 vez al mes y 0.18% 3 o más veces a la semana, en tanto que entre los estudiantes un 29.3% bebe de 4 a 5 copas por ocasión de consumo y un 21.8% bebe 6 o más copas. Mientras que entre las estudiantes un 54.4% consume de 2 a 3 copas por ocasión de consumo, 17.5% de 4 a 5 copas y 5.3% 6 o más copas. (EMA, 2005)

El siguiente diálogo ilustra a la terapeuta proporcionando retroalimentación a un estudiante varón que excedía significativamente las normas de consumo de la universidad (por 16 tragos a la semana), pero él cree que ese nivel de consumo está por debajo del promedio del consumo de los estudiantes. El terapeuta primero observó el patrón de consumo del estudiante y su percepción acerca de las normas de consumo, entonces le proporcionó retroalimentación acerca de los percentiles. Nótese como la terapeuta enfatizó los números salientes de muchas diferentes maneras, pero en el mismo punto. Nótese también que la terapeuta tampoco exageró ni suavizó el impacto de los datos mientras que si destacó y amplificó las reacciones expresadas por el estudiante.

Terapeuta: “Como habíamos discutido antes, tu usualmente consumes 24 cervezas en tres diferentes ocasiones en promedio a la semana. Anteriormente te pedí que estimaras qué tanto consumían los estudiantes universitarios en una semana. Decías que tu patrón de consumo era levemente más bajo que el patrón típico entre los universitarios. Resulta, que el promedio actual del consumo de los estudiantes es considerablemente más bajo de lo que tú te imaginabas, y es mucho más bajo que tú promedio. El promedio es de alrededor de una vez por semana y dos a tres copas por ocasión, lo que hace un promedio de dos a tres copas semanales. Como puedes ver, esto es significativamente menor a lo que tú sospechabas. Tu consumo es alrededor de los 16 tragos más por semana que el de los otros estudiantes. Esto es alrededor de los 64 tragos mensuales.

Estudiante: Pa su mecha ¡Eso se ve muy alto!

Terapeuta: Bueno, si, es un poco alto. Te ves un poco sorprendido por estos números. ¿No es lo que esperabas, verdad?

Estudiante: Para nada. Muchos de mis amigos me bromean por ser peso ligero.

Terapeuta: Eso suena a que tus amigos consumen un poco más que tu, ¿es cierto eso?

Estudiante: No se que quieres decir con “un poco más” pero si, beben más que yo.

Terapeuta: No es poco común que los grupos de amigos tengan hábitos de consumo similares. Si los amigos de una persona beben mucho, hace más probable que consuma de manera excesiva. Por esta razón, no es poco común para la gente que actualmente está entre los bebedores fuertes en la universidad tener la idea de que su consumo no es diferente de los demás estudiantes, cuando de hecho es muy diferente.

Estudiante: Si, eso tiene sentido

Terapeuta: El siguiente número es tu rango percentil para tu patrón típico de consumo, una vez más comparado con los demás estudiantes universitarios. Es una manera rápida de que tenga sentido esta información recolectada sobre qué tanto y qué tan frecuentemente consumes. Cuando observamos el número total de copas que consumes a la semana, comparado con otros estudiantes, tu patrón se ubica en el percentil 96. Esto significa que solo el 4% de los estudiantes universitarios consumen más que tú, y que cerca del 96% reportan que beben menos que tú. (Dar una pausa para la respuesta del estudiante)

Estudiante: ¡¡De ninguna manera!! (El estudiante analiza las figuras de la gráfica).

Terapeuta: Una vez más, parece que la figura es mucho más alta de lo que esperabas. ¿Es así?

Estudiante: Si, es realmente alta... Realmente es muy alta. Nos vemos como un grupo de perdedores o algo por el estilo.

Terapeuta: ¿Es realmente tan sorprendente para ti ver que tan diferente es tu patrón de consumo comparado con los de otros estudiantes?, ¿es así?

Estudiante: ¡Si, 96!

Tabla 5.2. Rangos percentiles de cantidad de alcohol consumida semanalmente (Estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México)

Número de copas consumidos semanalmente	% de estudiantes que consumen esta cantidad
– Solo una copa	– 14.77% (22.4% mujeres y 7.6% de los hombres)
– 2 a 3 copas	– 47.46% (54.4% de las mujeres y 40.9% de los hombres)
– 4 a 5 copas	– 23.64% (29.3% de los hombres y 17.5% de las mujeres)
– 6 ó más copas	– 13.87% (21.8% de los hombres y 5.9% de las mujeres)

RETROALIMENTACIÓN ACERCA DE LOS JUEGOS Y CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Una vez que la terapeuta revisó la retroalimentación básica acerca de los hábitos de consumo del estudiante, la dirección de la sesión cambió para revisar las consecuencias negativas del consumo. Dentro de esta retroalimentación se incluyó una revisión de las consecuencias negativas específicas que el estudiante experimentó previamente como resultado del consumo del alcohol, al igual que una evaluación de la vulnerabilidad a los problemas de alcohol basados en la historia familiar de alcoholismo del estudiante, historia de dependencia al alcohol, expectativas positivas del alcohol y percepción de riesgos. El propósito de proporcionar esta información fue hacerla significativa y relevante. Aunque la retroalimentación aquí se enfocó primordialmente en los riesgos inmediatos y a corto plazo, también se incluyó cierta discusión acerca de los riesgos potenciales a largo plazo y sus efectos.

PROBLEMAS CONDUCTUALES RELACIONADOS AL ALCOHOL

El propósito principal de proporcionarle al estudiante retroalimentación acerca de las consecuencias de su consumo, fue ayudarlo a que vinculara las conductas y experiencias problemáticas, vergonzosas o indeseables que sucedieron durante o después de su consumo excesivo con su consumo excesivo mismo. El terapeuta revisó estas experiencias pasadas, conjuntamente con el estudiante, e intentó relacionarlas directamente con el grado de intoxicación. El primer paso al abordarse la relación entre consecuencias negativas y el consumo excesivo fue discutir con el estudiante acerca de las percepciones que tenía sobre las formas en que el alcohol ha afectado negativamente su vida o ha producido problemas específicos. La terapeuta hizo la siguiente pregunta al estudiante: “Desde tu perspectiva, de que maneras, si es que hay alguna, te ha afectado el alcohol o te ha producido experiencias desagradables”. La terapeuta siguió este cuestionamiento obteniendo una descripción general del grado de intoxicación del estudiante (p. ej., muy intoxicado, realmente intoxicado, etc.). Cuando ocurrieron resultados negativos, el terapeuta preguntó lo siguiente: “En general, ¿qué tan intoxicado estabas cuando experimentaste estos resultados no deseados? ¿Dirías que no estabas muy borracho o realmente borracho?”. Paso seguido preguntó: “Piensa en tus propias experiencias, me pregunto si detectaste un patrón sobre la diferencia en el tipo de experiencia negativa que tuviste cuando estabas, por ejemplo ligeramente intoxicado vs. cuando estabas muy intoxicado.”

Se le proporcionó retroalimentación al estudiante acerca de sus consecuencias negativas que reportó en el Inventario de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR, Quiroga y Cabrera, 2003). Los ítems resumidos en la retroalimentación gráfica incluyeron todos los ítems positivos del IPAR pertinentes a la dependencia de alcohol (independiente de la frecuencia de ocasiones que el estudiante contestó a estos) y los ítems del IPAR con la mayor frecuencia de respuesta hasta un total de 5 problemas listados. Para empezar esta revisión, el terapeuta señaló lo siguiente: “Uno de los exámenes que contestaste te solicitaba un

número de preguntas sobre las consecuencias negativas que habías tenido del alcohol en los 6 meses previos. Yo he resumido algunas de estas que tú originalmente mencionaste en este punto de la gráfica. Por ejemplo, tu señalaste el involucrarte frecuentemente en peleas y el avergonzarse a otras personas como resultado de consumir alcohol.” A continuación, la terapeuta leyó e en voz alta todos los ítems listados en la gráfica, haciendo breves pausas después de cada ítem a fin de proporcionar una oportunidad para que el estudiante comentara si es que lo deseaba.

EXPECTATIVAS POSITIVAS SOBRE EL ALCOHOL

El propósito de proporcionar retroalimentación sobre las expectativas fue triple: (1) incrementar la conciencia del estudiante de sus creencias implícitas sobre el alcohol que pudieran contribuir a su consumo riesgoso; (2) desafiar el mito de que los efectos del alcohol son causados únicamente por las propiedades fisiológicas del alcohol, y así promover la consideración de los factores psicológicos; y (3) motivar al estudiante a que experimentara con factores psicológicos cuando consumiera para obtener los efectos deseados con menos alcohol. En este sentido, la terapeuta desafió a que el estudiante acudiera a las señales psicológicas más que al alcohol para lograr los efectos positivos.

Previo a la entrevista, la terapeuta hizo un resumen en forma de retroalimentación gráfica de cinco expectativas de resultados positivos sobre el alcohol a partir del Cuestionario de Efectos Comprensivos del Alcohol (CECA). Tal y como se señaló previamente, la terapeuta pudo identificar los ítems específicos al localizar los ítems del CECA que el estudiante había respondido como placenteros y más probables que ocurrieran al consumir. Una vez más, la terapeuta inició evocando información del estudiante sobre los efectos positivos que se derivan del consumo de alcohol: “¿Cuáles son las experiencias positivas que esperas obtener cuando consumes alcohol?”

A continuación se revisaron los ítems del CECA, previamente contestados. Después de esta revisión, la discusión cambió para comprender la naturaleza de las expectativas del estudiante. Específicamente se le preguntó ¿Se deben estas a las propiedades farmacológicas del alcohol, a los efectos psicológicos, o a ambos? La terapeuta preguntó: “¿Cómo te explicas estos efectos, piensas que es el resultado químico del alcohol o hay alguna otra razón?” A continuación, se introdujo al estudiante al diseño Placebo-Balanceado y a la evidencia de la investigación existente. Al revisar este modelo, se hizo hincapié tanto en la importancia de la contribución de la disposición mental como del escenario ambiental a los efectos placenteros del alcohol, además de los efectos farmacológicos del alcohol. También se motivó al estudiante a que llevará a cabo su propio experimento “pensamiento-consumo”, para determinar cómo pueden maximizarse los efectos psicológicos positivos aún sin consumir alcohol, o cuando el consumo del alcohol es realizado en cantidades moderadas.

PREOCUPACIÓN SOBRE EL CONSUMO Y EL RIESGO PERCIBIDO PARA PRESENTAR PROBLEMAS DE ALCOHOL

La terapeuta empezó esta parte de la retroalimentación recordándole al estudiante de la serie de preguntas que contestó acerca de la probabilidad de experimentar una serie de consecuencias desagradables o resultados negativos como resultado de consumir. Después de haberle proporcionado la retroalimentación específica sobre los riesgos percibidos, la terapeuta le proporcionó la retroalimentación de las preguntas sobre la motivación para cambiar del estudiante. La terapeuta unió estos dos conjuntos de datos discretos en un “representación” clínica coherente. La terapeuta escuchó la respuesta del estudiante sobre esta retroalimentación elicitando sus reacciones o preocupaciones. Un ejemplo de cómo empezó el otorgamiento de esta retroalimentación se presenta a continuación: “Te hicimos una serie de preguntas sobre el grado en el cual tu consideras que tu consumo es riesgoso y de que si habías considerado un cambio en tu manera de consumir antes de reunirnos el día de hoy. Parece que cuando contestaste el cuestionario tu percepción del riesgo era relativamente baja. En otras palabras, no te veías a ti mismo metiéndote en dificultades o teniendo algún problema debido a tu consumo. Parece que sentías una necesidad de cambiar tu manera de consumir. Me pregunto ¿cómo te sientes ahora después de cierta información que hemos revisado?”

En caso de que la percepción de riesgo fuera alta y el interés de minimizar ese riesgo también fuera alto, el terapeuta dijo lo siguiente: “A juzgar por los cuestionarios que completaste en la última ocasión en que nos encontramos, parece que tienes un sentido razonablemente bueno sobre los riesgos asociados con tu consumo y un interés en recibir cierta información que podría ayudar a abordar estas cuestiones. ¿Es esta una justa lectura de cómo ves las cosas?”

HISTORIA FAMILIAR DE CONSUMO PROBLEMÁTICO Y/O ALCOHOLISMO

El propósito de proporcionar retroalimentación sobre la historia familiar fue poner en alerta al estudiante de su riesgo de desarrollar problemas de alcohol como una función de predisposición genética con base en un número de parientes consanguíneos con problemas de alcohol. La terapeuta le informó al estudiante su riesgo negativo, positivo o muy positivo. La terapeuta empezó esta parte de la retroalimentación recordándole al estudiante que una historia familiar positiva es simplemente un factor de riesgo adicional, y que no deberá ser interpretado como un pronóstico del futuro. Se le informó de igual manera, que un individuo con una historia de consumo familiar negativa no se encuentra necesariamente inmune para desarrollar problemas de alcohol y que el estudiante con historia familiar de consumos positiva no se encuentra necesariamente destinado a encontrarse con el mismo destino del de sus familiares.

La terapeuta presentó este tema de la siguiente manera: “En la siguiente área de la retroalimentación, señalamos tu grado de riesgo de problemas de alcohol que resultan de tu historia familiar de dificultades con el alcohol. Durante la primera sesión, señalaste que tu padre tuvo un periodo de consumo excesivo cuando tú

entraste a la adolescencia. También señalaste que tu mamá se había preocupado por el consumo de tu abuelo materno. De lo que ella te platicó, parece que él también tuvo dificultades con el alcohol en un momento en su vida, ¿es cierto? Yo evalué como positivo tu riesgo a partir de tu historia familiar. Esto no significa que tú necesariamente tengas o vayas a desarrollar problemas de alcohol. Este es simplemente un factor de riesgo adicional que no obstante contribuye a tu configuración de riesgo total. ¿Alguna pregunta sobre esto?”

ÍNDICES DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

A continuación se presenta un diálogo de cómo la terapeuta otorgó retroalimentación sobre dependencia al alcohol a un estudiante participante

Diálogo. Otorgamiento de retroalimentación sobre dependencia al alcohol

Terapeuta: El siguiente factor de riesgo indicado aquí (se señala la hoja de la gráfica de retroalimentación) es el índice de dependencia al alcohol. Tú contestaste que habías experimentado los siguientes reactivos asociados con la dependencia al alcohol en los 6 meses pasados: tolerancia al alcohol, beber más de lo que originalmente habías planeado, y pasar una gran parte del tiempo en actividades relacionadas con el alcohol – específicamente preparándote para beber, bebiendo, o recuperándote de episodios de consumo.

Estudiante: Es correcto. Me recuerdo diciendo eso, pero yo no creo que sea un adicto al alcohol. Quiero decir que todos tenían que consumir más de lo que inicialmente bebían cuando empezaron a consumir con el fin de conseguir el mismo efecto. No es lo mismo que consumir solo. Yo consumo con mis amigos en las fiestas. ¡No creo que eso me haga un alcohólico!

Terapeuta: Estas tocando puntos realmente importantes. Solo porque una persona conteste esos reactivos no hace a la persona “dependiente al alcohol” o alcohólico. Al igual que tu, yo no estoy particularmente interesado en etiquetas o en etiquetarte a ti o a alguien más como “dependiente al alcohol”. Estoy interesada en pensar más sobre esto desde una perspectiva de salud o de riesgo, y mi apuesta es que esto puede ser una cuestión importante para ti también ¿sí? Tú tocas también un segundo punto importante: resulta muy difícil comprender la conducta de una persona fuera del contexto en que ocurre. Tu claramente lo estas diciendo, “mira, yo consumo de la misma manera como los otros estudiantes universitarios consumen, yo no tengo un problema”.

Estudiante: Si, eso es. Se que consumimos mucho; se que consumo mucho, pero no me miro a mi mismo de ninguna manera dependiente al alcohol.

Terapeuta: ¿cómo te lo imaginas?, ¿cómo se mira una persona que es dependiente al alcohol?

Estudiante: No lo sé, de edad media, desempleado, sin familia o amigos... No lo sé, alguien que la está pasando mal.

Terapeuta: Ya veo. ¡Tú me quieres dejar claro que tú no eres así! Yo creo en la dependencia como un tipo de continuo que va desde el consumo no problemático en un extremo, el abuso del alcohol en medio y la dependencia al alcohol en el otro extremo. Cuando las personas beben grandes cantidades de alcohol ciertos cambios

ocurren, a nivel psicológico y físico, para poder llegar al consumo excesivo. Esto no debe sorprenderte a ti; nosotros nos referimos a esto como "tolerancia al alcohol". ¿Has escuchado acerca de la tolerancia?

Estudiante: Sí, algún amigo vino a nuestra casa del estudiante y nos dio información sobre el alcohol. Creo que él habló sobre la tolerancia al alcohol.

Terapeuta: Así que probablemente sabes que la tolerancia al alcohol. Tocaremos ese punto dentro de un minuto. Para finalizar la dependencia al alcohol, suena como que has tenido recientemente algunas experiencias con el alcohol que puede indicar dependencia al alcohol. Sin embargo, tal y como hemos discutido cuando ubicamos estas experiencias dentro de un contexto más amplio de tu estilo de vida, puede no significar la misma cosa como podría para alguien más significar en un contexto diferente. Tú no te consideras como dependiente al alcohol.

Estudiante: Correcto.

Terapeuta: Muy bien, así que esto es algo de lo cuál hay que estar conciente pero no sobrevalorarlo. Volvamos al tema sobre la tolerancia al alcohol.

Estudiante: Sí, seguro.

Terapeuta: En comparación con otros periodos de tu vida, ¿qué tan tolerante al alcohol supones que eres actualmente?

Estudiante: No lo sé, probablemente soy más tolerante. Definitivamente más tolerante comparado a cuando yo inicié el consumo. Cuando empecé a beber, difícilmente ingería más de una cerveza antes de que empezara a sentir los efectos. ¡Realmente era un peso ligero!

Terapeuta: Esta bien, entonces en comparación a cuando tú empezaste a beber por vez primera, ¿piensas que tienes más tolerancia? ¿Ahora dirías que eres más tolerante al alcohol de lo que antes lo habías sido o ha habido otros periodos en los que eras más tolerante?

Estudiante: Bueno, yo diría que fui más tolerante en el verano anterior a mi entrada a la universidad. Me la pase mucho tiempo con mis amigos viviendo en un rancho haciendo actividades campestres, trabajando todo el verano y la mayor parte consumimos excesivamente. No había muchas cosas que hacer.

Terapeuta: Entonces, en comparación con ese momento, tu tolerancia al alcohol ha disminuido.

Estudiante: Sí

Terapeuta: Eso es bueno desde mi perspectiva. Ve, la tolerancia es la manera en que tu cuerpo se adapta al alcohol. Es como un sistema de alerta natural de tu cuerpo que te informa que ya has consumido suficiente. Entre más consumen alcohol las personas, más rebasan este sistema de alerta que te dice que disminuyas o dejes de consumir. Entre más pasa esto más cerca están las personas de hacerse dependientes o de que tengan otros problemas de salud que resultan del consumo excesivo. ¿Entiendes esto?

Estudiante: Sí, eso supongo.

Terapeuta: A diferencia de muchas cosas en la vida, incluyendo el daño al hígado como consecuencia de muchos años de consumo excesivo, la tolerancia es comúnmente muy sencilla de revertir. Para muchas personas no es una condición

permanente, como tú sabes depende de sus propias experiencias. A menudo, cuando las personas no consumen nada por alrededor de un mes o reducen su consumo tienden a darse cuenta de que tienen un efecto más fuerte al consumir alcohol por tener menos tolerancia.

Estudiante: Si, cierto. Yo no consumo durante la temporada de natación debido a que estoy en el equipo. Cuando empiezo a tomar de nuevo después de que ha terminado la temporada, tengo que ser más cuidadoso sobre qué tanto consumo, de otra forma termino viéndome como un idiota

Terapeuta: Suena como si hubieras aprendido esto de la manera más difícil.

Estudiante: Hay mucho de eso. Esto ha sido así en muchas ocasiones. Ahora ya se que la única cosa entre hacerme un tonto total en una fiesta y divertirme es mi tolerancia.

Terapeuta: Estás tocando un punto muy importante. Estás diciendo, "Mira, la tolerancia no es tan mala. De hecho me salvó en alguna ocasión." "Este es el vínculo real. Por un lado, tú eres capaz de consumir más sin intoxicarte y actuar como un tonto". Por otro lado, puede ser muy caro consumir más para conseguir el mismo efecto, además estás ubicando más estrés en tu hígado y otros órganos de tu cuerpo en la medida en que rebasas las señales de advertencia de las que hablamos anteriormente. Considerando la carga que esto significa al cuerpo de una persona, usualmente recomiendo que las personas trabajen para reducir su tolerancia, ya sea de manera total o en el mayor grado que pueda.

Estudiante: ¡Eso es definitivamente más caro! Estoy seguro.

Terapeuta: Vamos a hacer cuentas rápidamente. Como discutimos anteriormente, la mayoría de las personas que no tienen tolerancia al alcohol, experimentan un leve aturdimiento con 0.05% de NAS. Tu dijiste previamente que consumes típicamente durante cuatro horas cuando estas en una fiesta. De acuerdo con las tarjetas de NAS que correspondería para un hombre de 78 kilos, necesitas aproximadamente 5 copas para alcanzar este nivel en el curso de cuatro horas para tener una leve intoxicación. Con base en lo que tú sabes sobre ti, respecto a tu tolerancia en la actualidad, ¿cuántas copas crees que necesitarías consumir durante cuatro horas para conseguir y mantener una leve borrachera?

Estudiante: Probablemente dos veces eso, al menos.

Terapeuta: Esta bien, ¿y cuánto te cuesta consumir dos veces eso?

Estudiante: Usualmente solo consumo vodka, una media parranda me cuesta cerca de \$150 pesos.

Terapeuta: Esta bien, la mitad de eso serían \$75 pesos, ¿cierto?

Estudiante: Cierto.

Terapeuta: Así que en promedio, en una ocasión de consumo, la tolerancia termina costándote cerca de \$75 pesos por ocasión. Si consideramos el resto de la semana y cuando tomas 4 veces a la semana la misma tasa del ejemplo, terminas gastando \$300 pesos a la semana, debido a la tolerancia actual que has desarrollado. A lo largo de un año, en 52 semanas por año resulta \$16,000 pesos.

Estudiante: ¡No puede ser! ¡Nunca lo había visto de esa manera!

Terapeuta: Pocas personas lo hacen, pero cuando lo haces te sorprendes, ¿no es así?

Estudiante: ¡Sin duda! ¡No lo puedo creer!

En esta discusión sobre la tolerancia al alcohol, el énfasis se ubicó en lo que era relevante para el estudiante. Por ejemplo, en el gasto económico incurrido como resultado de su tolerancia. Con base en su respuesta a la retroalimentación de la dependencia al alcohol, se puede predecir su falta de interés o preocupación sobre las implicaciones de la tolerancia para su salud. Sin embargo, este estudiante no es diferente a muchos de sus compañeros con respecto a la relevancia del aspecto económico. Una vez que se ha expresado un mínimo interés de calcular el gasto financiero del costo de su tolerancia, en cierto sentido el terapeuta “ordeña” esta preocupación a través de una serie de cálculos específicos que claramente demuestran los costos actuales de la tolerancia a lo largo de una semana y un año.

RETROALIMENTACIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA EN GENERAL

Además de proveer retroalimentación sobre el consumo de alcohol, el terapeuta incluyó una discusión más amplia de los factores del estilo de vida y conductas (p. ej., stress y ajuste a la vida universitaria, ejercicio, y dieta) dentro de la sesión de retroalimentación, usando otras medidas previamente descritas. La retroalimentación específica se centró en los aspectos más relevantes del estilo de vida del estudiante. Por ejemplo, el vivir en una casa del estudiante puede ser el estilo de vida característico que ejerce influencia sobre un número de factores específicos de estilo de vida y conductas de salud para una estudiante mujer - desde el escenario, en el cual, la estudiante consume alcohol y comidas, cuánto alcohol y comida consume, qué tanto estudia y duerme, y de si practica sexo protegido. Toda la retroalimentación acerca de los aspectos específicos de estilos de vida pueden ser presentados dentro de un contexto de vida dentro de la casa del estudiante y la relación entre factores y conductas específicas y puede examinarse el contexto más amplio. Otros ejemplos de contextos más amplios pueden incluir la afiliación en equipos de deportes particulares, vivir en una casa del estudiante, vivir con su familia, identificándose como un joven estudiante con un promedio perfecto, ser un miembro de una organización estudiantil (como la unión estudiantil de lesbianas, gays y bisexuales) y así sucesivamente.

DANDO CONSEJOS Y HACIENDO RECOMENDACIONES

El consejo y las recomendaciones que se otorgan al inicio de la sesión normalmente son pocas en su perspectiva y se encuentran relacionadas a un tema en particular. Por ejemplo, cuando se discuten las expectativas del alcohol o la respuesta bifásica, a menudo se alienta a que los estudiantes pongan a prueba lo que se les dice – ya sea centrándose más deliberadamente en la situación mental de no consumir o consumir levemente, en el caso de las expectativas del alcohol; o encontrando su propio punto de disminución, en el caso de la respuesta bifásica al alcohol. De manera similar, en los casos donde el estudiante indica consumir una cantidad potencialmente letal de alcohol, o presentan condiciones médicas en las

que el empleo del alcohol son contraindicadas se les proporciona consejo para que consuman moderadamente (en el primer caso) o de que se abstengan y consulten a un médico (en el segundo caso). Al final de la segunda sesión normalmente ocurren estrategias para moderar el consumo, o discusiones más amplias sobre recomendaciones de tratamientos más intensivos normalmente, después de que el terapeuta y el estudiante han tenido oportunidad de revisar los datos de manera conjunta.

La mayor parte del consejo que se les proporcionó a los estudiantes requirió que se diseñara a sus necesidades y riesgos específicos. Fue importante que el consejo correspondiera con la disposición de los estudiantes a emplearlo y su nivel actual de riesgo. Por ejemplo, el recomendarle a un estudiante que asistiera a un programa en cuestión necesitó primero que se reconociera la severidad de su patrón de consumo y las consecuencias negativas que se den no solamente en un rechazo psicológico, sino también en una pérdida de la credibilidad del terapeuta a los ojos del estudiante. El resultado final puede ser que se cierre la puerta a una intervención efectiva.

ENTRENAMIENTO EN MODERACIÓN

El consejo más común que se les proporcionó a los estudiantes fue moderar su consumo y evitar irse de parranda. Las recomendaciones más comunes consistieron en estrategias específicas en cómo moderar su consumo. Los componentes básicos incluyeron lo siguiente: (1) decidir qué es lo que uno quiere del consumo; (2) establecer límites de consumo; (3) contar las copas y monitorear la conducta consumo; (4) *Alterar cómo y qué se consume*; y (5) manejar la situación de consumo. Estos puntos en particular se desarrollaron con base en la manera en que consumen los estudiantes universitarios, los factores ambientales y del desarrollo que tienen una fuerte influencia en la conducta de consumo de los estudiantes. Por miedo del consejo se motivó a los estudiantes a que reevaluaran sus patrones de consumo y desarrollaran planes para un consumo de menor riesgo. Las bases clínicas para el entrenamiento en moderación, como para cualquier otra forma de consejo, fueron las siguientes: (1) El terapeuta ubicó dónde se encontraba el estudiante con respecto a su disponibilidad e interés para cambiar. (2) El terapeuta evitó presionar al estudiante a algo para lo que no estaba listo. Se requirió mantener un balance cuidadoso entre aceptar dónde se encontraba el estudiante y presionarlo en la dirección del cambio. El presionar implicó mover a una persona a un lugar en contra de su voluntad y dio lugar a un rechazo psicológico. En contraste con presionar, "llevar", dentro de este contexto, implicó usar estrategias clínicas y sabiduría para ayudar a mover al estudiante en la dirección al cambio. (3) La terapeuta negoció con el estudiante qué es lo que se trataría. Una vez que se realizó la negociación, la terapeuta buscó un compromiso verbal del estudiante de que lo haría.

La primera parte del consejo consistió en motivar a los estudiantes a que consideraran, de manera crítica, qué es lo que quieren del consumo, así como

maneras de consumir que garantizaran el alcance de la diversión que deseaban, minimizando los riesgos del consumo. Finalmente, los estudiantes requirieron darse cuenta, por sí mismos, de que lo que ganarían con el consumo moderado superaría en mucho de lo que perderían por moderarlo. El rol de la terapeuta consistió en facilitar un proceso por medio del cual el estudiante pudo ver que los beneficios superarían las pérdidas. La terapeuta proporcionó ejemplos específicos de las calorías actuales de su bebida favorita para aquellos estudiantes que estaban preocupados por su peso (por ejemplo; una lata de cerveza contiene el mismo número de calorías de un hot dog o un dulce).

Otro método para obtener esta información del estudiante fue hacerlo que evaluara los pros y contras a corto y largo plazo. Aún cuando fue poco factible de la existencia de un momento adecuado durante la segunda sesión para que el estudiante terminara tal evaluación, el hacer uso de esta tabla resultó ser muy útil. Por ejemplo, el terapeuta le solicitó al estudiante que considerara de manera amplia todas las razones que pudiera tener para cambiar su actual patrón de consumo y todas las razones para mantener este estado. Es importante que el terapeuta equilibre esta discusión articulando los pros y contras del cambio y del mantenimiento de este estado.

Establecimiento de límites: Una vez que el estudiante decidió que los beneficios de cambiar su patrón de consumo pesaban más que mantener el estado actual, el segundo paso consistió en ayudar al estudiante a determinar un límite de consumo. Antes de que esto se pudiera realizar, fue importante que el estudiante aprendiera a definir que constituye una copa estándar: se requirió que el estudiante pusiera atención a la cantidad particular de etanol en una bebida, puesto que todas las bebidas varían en su concentración. Se empleó la siguiente conversión para definir una copa: 1/2 onza de etanol puro. Algunos equivalentes estandarizados de consumo han sido proporcionados, aquí se presenta la lista que se empleó:

- 1 onza de 100° de destilados.
- 1 1/4 onzas de 80° de destilados.
- 2 1/2 onzas de vino fortificado (Sherry, Oporto) al 20° de alcohol.
- 4 onzas de vino de mesa al 12% de alcohol.
- 10 onzas de cooler al 5% de alcohol.
- 10 onzas de cerveza al 5% de alcohol.
- 12 onzas de cerveza al 4% de alcohol.

Debido a que la meta del entrenamiento en moderación tuvo como objetivo evitar el consumo problemático o dañino de alcohol, se establecieron diferentes metas de consumo: (1) el máximo número de copas consumidos por día; (2) el máximo número de copas consumidas a la semana; y (3) el Máximo NAS alcanzado en todos los momentos (Hester, 1995). Se diseñaron consejos específicos sobre los límites de consumo en función del estadio del cambio del individuo - esto es, su interés y disposición de cambio. Debido a que muchos de los estudiantes que consumen excesivamente se encuentran en la etapa de precontemplación, se les aconsejó que realizaran un solo paso razonable hacia el establecimiento de límites sobre su

consumo. Los estudiantes que estaban más dispuestos a modificar su uso se les solicitó que consideraran el establecimiento de las tres clases de límites arriba mencionadas.

Pros y Contra de moderar el consumo de alcohol

A CORTO PLAZO		A LARGO PLAZO	
Pros	Contras	Pros	Contras
Moderación del consumo de alcohol			
<ul style="list-style-type: none"> -Poder permanecer en control -Menos resacas o efectos colaterales. -Más barato. -No tener que preocuparse de ser un tonto u ofender a otros. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sacrificar algo de diversión. -Tener que poner atención en qué tanto alcohol consumo. -Interrupción de la espontaneidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener buena salud. -Mejorar académicamente -Incremento en las oportunidades de trabajo/graduarse de la escuela. -Gozar de reputación social positiva. 	<ul style="list-style-type: none"> -Perder algunos amigos que consuman en exceso. -Dejar de hacer actividades que pudieran ser divertidas.
Mantener el estado actual			
Pros	Contras	Pros	Contras
<ul style="list-style-type: none"> -Divertirme con mis amigos. -Aceptación por los demás. -“Reventarse” -Celebrar. -Tomar riesgos diversos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Vergüenza social. -Involucrarse en conductas de riesgo (accidentarse al manejar). 	<ul style="list-style-type: none"> -Vivir realmente la etapa de la Universidad antes que la realidad te formalice. 	<ul style="list-style-type: none"> -Menos éxito en la escuela de lo que pudo haber sido. -Tener que invertir más dinero para conseguir los mismos efectos.

Típicamente se inició la discusión del establecimiento de límites haciéndole las siguientes preguntas: “¿Cómo decides cuanto beber?”. Después de obtener las estrategias implícitas, se le sugirieron métodos alternativos. Para algunos estudiantes lo más simple fue tener una regla sobre el máximo número de copas que podían consumir en cada ocasión. Siempre que fue posible, se dejó que los estudiantes establecieran sus límites de consumo empleando un estándar del NAS, puesto que la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol ocurren bajo condiciones de intoxicación excesiva. Cualquier compromiso gradual y esfuerzo para reducir el grado de intoxicación resultó en una reducción de los problemas concomitantes. Aún más, comprometerse con un límite de NAS fue, a menudo, un pequeño paso en la dirección correcta en lugar de pedir al estudiante que no excediera una cantidad total. Generalmente se recomendó un límite de 0.05% o 0.06% de NAS debido a que una persona no tolerante probablemente experimente una leve borrachera, pero es poco probable que se intoxique. Esto puede no ser realista o deseable para un desinteresado consumidor excesivo con un grado

moderado de tolerancia al alcohol. El terapeuta presentó la idea de establecer un límite de NAS de la siguiente manera:

“Existe una gran cantidad de maneras en que los adultos determinan cómo moderar su consumo. Algunos simplemente deciden un número máximo de copas que pueden consumir al día. Otros llegan a un límite semanal. Y aún otros se concentran más en qué tan intoxicados se ponen, lo cual se basa usualmente en una estimación de su NAS. En algunos casos la persona podría hacer todas las cosas anteriores. En tu caso, te recomendaría que consideraras un NAS que se encuentre dentro de un rango seguro y, que a la vez, te permita conseguir lo que buscas del alcohol. A menudo, la mejor manera de hacer esto es experimentando con diferentes NAS's y determinar tu punto límite”. En el establecimiento del límite del NAS, el estudiante decidió, en primer término, reducir su tolerancia al alcohol, y luego, establecer “un límite razonable” tal como el de 0.05%. Se recomendó a los estudiantes que experimentaran la búsqueda del límite “correcto” para ellos haciendo lo siguiente: (1) explorar los efectos del alcohol en un nivel más bajo del NAS; (2) establecer un punto límite - esto es, un punto en el que una copa más no produce efectos estimulantes adicionales, y al contrario incrementa los efectos depresivos del alcohol (la respuesta bifásica); y (3) maximizar lo que les gusta y minimizar lo que no les gusta.

Ocasionalmente, los estudiantes eligieron un límite de NAS que tenía riesgos a la salud. Típicamente, se consideró que tal límite es de 0.08% o mayor. Cuando esto ocurre, es usualmente porque el estudiante tiene una dificultad en pensar que va a tener diversión si consume menos, particularmente cuando sus compañeros se encuentran intoxicados. En estas situaciones fue importante que el terapeuta entendiera estas preocupaciones de una manera protectora, al tiempo que se mantuviera adecuadamente preocupado por el bienestar del estudiante.

La dirección que eligió la terapeuta en este momento, dependió en gran medida, en el rapport entre el estudiante y la terapeuta, la percepción del estudiante del riesgo y grado de disposición, y de qué tan lejos sintió la terapeuta que podía ir antes de crear un rechazo adicional. Aún cuando la situación varió de caso a caso, se consideró importante que la terapeuta continuara exhibiendo un nivel apropiado de preocupación, pero que respetara la decisión final del estudiante.

En ocasiones, un estudiante no expresó interés en moderar el consumo del alcohol en ciertos escenarios de alto riesgo. En estas situaciones, la terapeuta le preguntó al estudiante sobre sus expectativas de efectos acerca del alcohol (por ejemplo: sentirse desinhibido) y el NAS “requerido” para obtener el efecto. La terapeuta también preguntó si había algún efecto que el estudiante deseara evitar (por ejemplo: vomitar, resacas). La terapeuta entonces sugirió que el estudiante trabajara para obtener un estilo de consumo balanceado que lo ayudara a evitar los efectos negativos, pero que sin embargo obtuviera experiencias de efectos placenteros. El terapeuta alentó al estudiante a que afinara sus destrezas de rechazo de copas por medio del sobreaprendizaje de estas destrezas, a través de la práctica. A continuación se enlistan algunos de estos patrones: “No, gracias”; “No gracias, voy a esperar un poco”; “No gracias, ya alcancé mi límite de esta noche”; “Tengo que levantarme temprano mañana, No gracias”.

Conteo de copas y monitoreo de la conducta de consumo: El siguiente paso consistió en contar las copas cuando se consumieron. Los estudiantes que eligieron moderar su consumo de alcohol continuaron llenando las tarjetas de monitoreo a lo largo de un mes, identificando situaciones en las que habían estado tentados a excederse o excedieron sus límites, con la finalidad de prepararse mejor para ocasiones futuras de alto riesgo. La terapeuta rara vez hizo esta recomendación a los estudiantes, solo en casos donde la motivación para moderar el consumo era muy alta y el compromiso muy fuerte. Típicamente se centró en estrategias sencillas que el estudiante pudiera emplear en el momento para mantener un seguimiento de sus consumos. La lista que aparece a continuación proporciona algunas sugerencias de cómo un estudiante monitoreó su consumo: (1) antes de la fiesta o de la ocasión de consumo, el estudiante se figuró el máximo número de copas que iba a consumir (con base en un conteo total o en el cálculo del NAS); (2) el estudiante depositó estas monedas en un solo paquete, cada una representando una copa y a medida de que iniciaba el consumo de una nueva copa, depositaba una moneda dentro de una bolsa vacía; (3) el estudiante empleó un contador de golf para registrar cada bebida; (4) antes de tomar cada bebida, el estudiante dejaba pasar un momento para recordar el número de copas que había consumido; (5) el estudiante lleva a la fiesta el número exacto de bebidas que pretendía consumir y establecía una norma de que solamente bebería esas bebidas.

Alterando cómo y qué se consume: La mejor manera de determinar qué era lo que se debía alterar a fin de reducir los riesgos asociados al consumo – esto es cómo detectar los factores situacionales asociados con las situaciones de alto riesgo – fue revisar las tarjetas de automonitoreo o la porción episódica del BDP sobre los factores asociados sobre el consumo riesgoso. A continuación se enlistan algunas de las estrategias genéricas que resultaron ser útiles en los esfuerzos por moderar el consumo: (a) *cambiar de bebidas más potentes con mayores concentraciones o porcentajes de etanol a bebidas más ligeras o leves.* Esto podría incluir el seleccionar una cerveza en lugar de destilados, o una cerveza ligera sobre una oscura; (b) *disminuir el ritmo de consumo.* Las recomendaciones que se le hicieron al estudiante fue que evitar los juegos de consumo y que empleara la sugerencia de Hester, (1995) de que el ritmo de la tasa de sorbo fuera de 60 segundos. Aunque esta tasa proporciona un estándar, la terapeuta negoció una tasa que resultara satisfactoria para el estudiante y que representara una disminución de las tasas existentes. Otra estrategia consistió en establecer una tasa general para consumir la bebida en su totalidad. Por ejemplo, el estudiante estableció una norma de que se tardaría 45 minutos en terminar la bebida; (c) *espaciar las copas.* De la misma manera en que el estudiante puede establecer una regla de tiempo para qué tanto le tomará consumir una copa, el estudiante puede también establecer una regla de tiempo con respecto al periodo que deberá pasar entre una copa y la siguiente. Una estrategia relacionada consiste en determinar la cantidad de tiempo que requerirá pasar entre copas al dividir el número total de copas a consumir entre la totalidad del tiempo que el estudiante planea consumir; (d) *alternar bebidas sin alcohol con bebidas con alcohol;* *Manejo de la situación de consumo:* El manejar la propia situación de consumo involucra el llevar a cabo un análisis más complejo y reflexivo del consumo. Requiere un proceso constante de retroceder y explorar qué es lo que

funciona, qué es lo que no está funcionando, y qué factores (obstáculos, otros factores situacionales, etc.) se encuentran en el camino de alcanzar el consumo moderado. En ocasiones, esto podría incluir también el identificar y buscar alternativas funcionales al consumo (por ejemplo, ejercicio, relación, etc.). Una vez que se han identificado factores situacionales, el individuo puede iniciar la solución de problemas para estos factores previamente identificados y pensar con un plan de ensayo y error.

ABORDAJE DE CONDUCTAS DEL ESTILO DE VIDA EN GENERAL

La importancia de proporcionar consejos y hacer recomendaciones sobre conductas de estilo de vida en general (por ejemplo, salir a caminar de noche puede ser una alternativa a ir a una fiesta), o puede reducir la motivación para consumir. El cambiar la motivación del estudiante para consumir (y finalmente la conducta de consumo actual) puede ocurrir a través de un proceso indirecto cuando una motivación competidora, tal como el querer estar más saludable. No es inusual que las personas que empiecen a hacer ejercicio de manera regular empiecen igualmente a comer de manera más saludable. Este enfoque, que se centra en las metas de estilo de vida del estudiante (independiente de si las metas implican el consumo de alcohol), puede probar ser uno de los medios más efectivos para reducir los efectos dañinos del consumo excesivo en los estudiantes universitarios.

Referencia a otro programa del Moldeo de atención escalonada

El programa tiene contemplada la referencia de los estudiantes que presentan dificultad en alcanzar la moderación en el DIBAEU, o que continúan consumiendo de una manera peligrosa o riesgosa a fin de que puedan ser escalonados a otros programas de tratamiento específico a saber: TAGEU y PEREU.

PBB*
PERFIL BREVE DEL BEBEDOR
FORMA DEL PATRON DE CONSUMO CONSTANTE

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
FECHA: _____ **GRUPO:** _____ **PESO:** _____
NOMBRE DEL APLICADOR: _____

1. FORMA DEL PATRÓN DE CONSUMO CONSTANTE

Si el usuario bebe al menos una vez a la semana complete la forma del patrón de consumo constante, luego complete el resumen de los datos C/F. Para cada periodo de tiempo indique el tipo de bebida, porcentaje de alcohol, cantidad consumida y duración aproximada del periodo de consumo.

Hora del día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							
Noche							
Total de CEE ' s diários							

FÓRMULA PARA CALCULAR LOS CEE'S (*CONSUMO ESTANDAR DE ETANOL*): número de onzas multiplicado por el pocentaje de alcohol multiplicado por 2 = Número total de CEE's (# oz. x % alcohol x 2 = CEE's).

A. Total de CEE's por semana

Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	
Total	

A. Total de CEE's a la semana

B. Total de Días de consumo a la semana (No abstinente)

C. Promedio de CEE's al día de consumo (Dividir A entre B)

*Traducido y adaptado From: The Brief Drinker Profile (BDP), Steady Pattern Chart portion. Q/F, quantity/frequency; SEC, standard ethanol consumption. Comprehensive Drinker Profile. Copyright 1984. In Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press.

PBB*
PERFIL BREVE DEL BEBEDOR
FORMA DEL PATRÓN DE CONSUMO EPISÓDICO

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
GRUPO: _____ **FECHA:** _____
NOMBRE DEL APLICADOR: _____

2. CANTIDAD/FRECUENCIA DEL CONSUMO EPISÓDICO

Multiplicar cantidad (CEE's por episodio) por frecuencia (episodios de tres meses) para cada tipo de episodio.

CEE's es el número de onzas multiplicadas por porcentaje de alcohol multiplicado por dos (# oz. X % alcohol X 2).

CAS es la concentración de alcohol en la sangre (Peso/sexo/CEE's/horas).

1. EPISODIO TIPO 1

Breve descripción del episodio:

Tipo de bebida consumida:

Cantidad de tiempo del episodio (horas):

Número de bebidas consumidas:

Número de CEE's por bebida:

Número total de CEE's por episodio:

Concentración de alcohol en la sangre durante el episodio:

Número de veces en que ocurrió este tipo de episodio en los últimos tres meses:

2. EPISODIO TIPO 2

Breve descripción del episodio:

Tipo de bebida consumida:

Cantidad de tiempo del episodio (horas):

Número de bebidas:

Número de CEE's por bebida:

Número total de CEE's por episodio:

Concentración de alcohol en la sangre durante el episodio:

Número de veces en que ocurrió este tipo de episodio en los últimos tres meses:

*Traducido y adaptado From: The Brief Drinker Profile (BDP), Periodic and Combination Pattern Portion. Q/F, quantity/frequency; SEC, standard ethanol consumption. Comprehensive Drinker Profile. Copyright 1984. In Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press.

3. EPISODIO TIPO 3.

Breve descripción del episodio:
Tipo de bebida consumida:
Cantidad de tiempo del episodio (horas):
Número de bebidas:
Número de CEE's por bebida:
Número total de CEE's por episodio:
Concentración de alcohol en la sangre durante el episodio:
Número de veces en que ocurrió este tipo de episodio en los últimos tres meses:

DESCRIPCION BREVE:

El Perfil Breve del Bebedor (PDB; Miller & Marlatt, 1984) es un método de entrevista sofisticado para evaluar el consumo de alcohol que nos proporciona más información que los métodos comparables de lápiz y papel. Debido de que es una medida comprensiva no requiere para propósitos clínicos, de otros métodos adicionales de consumo de alcohol. Además de evaluar el patrón de consumo típico esta medida incluye la evaluación de episodios ocasionales y una evaluación del tiempo empleado en el consumo. Las estimaciones típicas de los picos máximos de alcohol en la sangre pueden ser fácilmente obtenidas a través de los datos estándares recolectados. Para propósitos de nuestra intervención breve, emplearemos únicamente las porciones del BDP que evalúan los patrones típicos y ocasiones ocasionales. El tiempo requerido para su administración va de 10 – 15 minutos (sólo las porciones típicas y episódicas).

CECA*
CUESTIONARIO DE EFECTOS COMPREHENSIVOS DEL ALCOHOL

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____

FECHA: _____ **GRUPO:** _____

NOMBRE DEL APLICADOR: _____

Este cuestionario evalúa dos aspectos:

1) ¿Qué esperaría usted que sucediera si estuviera bajo la influencia del alcohol? , y

2) ¿Si pensaría que el efecto fue bueno o malo?

INSTRUCCIONES:

- A. Elija de “desacuerdo a acuerdo”, dependiendo de si espera que el efecto le suceda si se encontrara bajo la influencia del alcohol. Estos efectos varían, dependiendo de la cantidad de alcohol que típicamente consume. Circule la respuesta para el primer conjunto de números que se presentan después de cada declaración.
- B. Elija de MALO A BUENO, dependiendo de si piensa que el efecto particular es malo, neutral, bueno, etc. Deseamos saber si piensa que un efecto en particular es malo o bueno, independientemente de si espera que le suceda. Circule sólo una respuesta para el último conjunto de números que se presentan en cada declaración.

Ejemplo: 1. Estaría... 1 2 3 4 Este efecto es... 1 2 3 4 5

Si estuviera bajo la influencia del consumo de alcohol.	1 = Desacuerdo 2 = Levemente en Desacuerdo 3 = Levemente de Acuerdo 4 = De Acuerdo	1 = Malo 2 = Levemente Malo 3 = Neutral 4 = Levemente Bueno 5 = Bueno
1. Sería extrovertido(a).	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
2. Mis sentidos estarían embotados.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
3. Estaría divertido(a).	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
4. Mis problemas empeorarían.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
5. Se facilitaría la expresión de mis sentimientos.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
6. Mi escritura se deterioraría.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
7. Me sentiría sexy.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
8. Se me dificultaría el pensar.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
9. Descuidaría mis obligaciones.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
10. Estaría dominante e.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: "Comprehensive Effects of Alcohol: Development of Psychometric Assessment of a New Expectancy questionnaire" by K. Fromme, E.A. Stroot, and D. Kaplan, Psychological Assessment, 5. 19 – 26 Copyright 1993 by The American Psychological Association.

Si estuviera bajo la influencia del consumo de alcohol.	1 = Desacuerdo 2 = Levemente en Desacuerdo 3 = Levemente de Acuerdo 4 = De Acuerdo				Este efecto es	1 = Malo 2 = Levemente Malo 3 = Neutral 4 = Levemente Bueno 5 = Bueno				
11. Mi cabeza se sentiría deshilachada.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
12. Disfrutaría más el sexo.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
13. Me sentiría mareado.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
14. Sería amistoso.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
15. Me sentiría torpe.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
16. Se facilitaría el vivir mis fantasías.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
17. Estaría ruidoso, bullicioso, estruendoso.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
18. Estaría en paz.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
19. Estaría bravucón y retador.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
20. Me sentiría sin miedo.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
21. Me sentiría creativo.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
22. Me sentiría valiente.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
23. Me sentiría tembloroso o miedoso al siguiente día.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
24. Me sentiría con energía.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
25. Actuaría de manera agresiva.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
26. Mis respuestas serían lentas.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
27. Mi cuerpo estaría relajado.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
28. Me sentiría culpable.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
29. Me sentiría calmado.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
30. Me sentiría malhumorado.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
31. Se me facilitaría el comunicarme con los demás.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
32. Sería un mejor amante.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
33. Me sentiría autocrítico.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
34. Sería parlanchín.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
35. Me comportaría rudamente.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
36. Tomaría riesgos.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
37. Me sentiría poderoso.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5
38. Me comportaría socialmente.	1	2	3	4	Este efecto es	1	2	3	4	5

DESCRIPCION DEL CECA:

El cuestionario de los Efectos Comprensivos del Alcohol (CECA) es un cuestionario auto-administrado de 38 reactivos que evalúa tanto las expectativas positivas como las negativas del beber alcohol. Los factores de expectativa positiva incluyen a la sociabilidad, reducción de tensión, “valor líquido”, y a la sexualidad. Los factores negativos incluyen el deterioro cognitivo y conductual, el riesgo y la agresión, y la auto percepción. Los reactivos se centran en los efectos específicos discretos del alcohol. En primer lugar los usuarios indican en una escala de 4 puntos si están en acuerdo o desacuerdo con una creencia particular. Se contesta en una escala de 5 puntos una calificación de la deseabilidad del efecto percibido. Las expectativas de resultados positivas del alcohol son aquellas evaluadas con probabilidad de ocurrencia y percibidas como deseables. Cuando sumamos los resultados del CECA como parte del material de retroalimentación gráfico dentro de nuestra investigación, seleccionamos las 5 expectativas positivas más salientes. El tiempo requerido para la aplicación del CEA va de 5 a 10 min.

Los factores positivos y negativos del CECA demuestran adecuada consistencia interna, confiabilidad test – retest en un periodo de dos meses (0.66 – 0.72 para la expectativa positiva y 0.75 – 0.81 para la expectativa negativa) y validez de constructo. La alfa de Crombach para la expectativa positiva fue de 0.87; en tanto que la expectativa negativa fue de 0.82.

CUESTIONARIO DE CONSUMO DIARIO (CCD)* Modificado

INSTRUCCIONES

Para cada uno de los días de la semana, indique, tanto el número de copas consumidas como el número de horas que bebe típicamente.

Por favor asegúrese que contesta la información tomando en consideración su género, peso y altura.

PREGUNTA 1

En relación con el mes anterior, indique un número para cada día de la semana que corresponda al número típico de copas que usualmente consumió en tal día, y el número típico de horas que pasó consumiendo en dicho día.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Número de Copas							
Número de Horas							

Peso: _____ Género: _____ Altura: _____

PREGUNTA 2: LUGAR DE RESIDENCIA Y EMPLEO

Para el último trimestre (o periodo equivalente), por favor circule las respuestas más adecuadas. Por favor, elija una respuesta para cada columna. Al responder la pregunta "Empleo Remunerado", por favor circule la respuesta que más se aproxime al número de horas en que trabajó durante dicho trimestre.

1. ¿Se encontraba inscrito en la universidad? En esta universidad En otra universidad No
2. ¿Era miembro de alguna asociación estudiantil? Si No
3. ¿Dónde residió? Casa del Estudiante Con mis padres Con otros amigos Otro
4. ¿Empleo Remunerado? No ¼ tiempo ½ Tiempo ¾ Tiempo Completo

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del BASICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

CUESTIONARIO FRECUENCIA-CANTIDAD*

Piensa en la ocasión del mes anterior en la que más consumiste ¿Cuánto consumiste?	En una tarde típica de fin de semana ¿qué tanto alcohol consumiste? Haz el cálculo con respecto al mes anterior.	¿Qué tan a menudo consumiste alcohol durante el mes anterior?
1. Ninguna copa	1. Ninguna copa	1. No consumí.
2. De 1 a 2 copas	2. De 1 a 2 copas	2. Una vez al mes
3. De 3 a 4 copas	3. De 3 a 4 copas	3. De 2 a tres veces al mes
4. De 5 a 6 copas	4. De 5 a 6 copas	4. De 3 a 4 veces al mes
5. De 7 a 8 copas	5. De 7 a 8 copas	5. Casi todo los días
6. De 9 a 10 copas	6. De 9 a 10 copas	6. Una vez al día o más
7. De 11 a 12 copas	7. De 11 a 12 copas	
8. De 13 a 14 copas	8. De 13 a 14 copas	
9. De 15 a 16 copas	9. De 15 a 16 copas	
10. De 17 a 18 copas	10. De 17 a 18 copas	
11. 19 o más copas	11. 19 o más copas	

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del BASICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

FENCA *
FORMA DE EVALUACION DE LAS NORMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL
MODIFICADO

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
FECHA: _____ **GRUPO:** _____
NOMBRE DEL APLICADOR: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor elija una respuesta para las preguntas 1 y 2 en base a la siguiente escala:

1. Con mi familia.
2. Con otros parientes.
3. Solo.
4. Con amigos.

1. ¿En qué tipo de vivienda resides actualmente? _____
2. ¿Qué tipo de vivienda esperas residir el próximo semestre? _____

INSTRUCCIONES: Estamos interesados en tus estimaciones de (A) <i>qué tan a menudo</i> y (B) <i>qué tanto</i> beben diferentes tipos de personas. Para las siguientes preguntas asume, siempre que sea posible, que estas evaluando a una persona típica de tu mismo sexo. En cada una de las siguientes situaciones anota el número correspondiente escribe una respuesta para (A) (que va de 1 – 7) y una respuesta para (B) (que va de 1 – 6).	A. ¿Qué tan a menudo beben?	B. ¿Qué tanto beben en un día típico de fin de semana?
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de una vez al mes. 2. Cerca de una vez al mes 3. Dos o tres veces al mes. 4. Una o dos veces a la semana. 5. Tres o cuatro veces a la semana. 6. Casi todos los días. 7. Una vez al día. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 copas. 2. De 1 - 2 copas. 3. De 3 – 4 copas. 4. De 5 – 6 copas. 5. De 7 - 8 copas. 6. Más de 8 copas.
3. Un estudiante de preparatoria.		
4. Un estudiante universitario promedio.		
5. Un estudiante universitario que vive con su familia.		
6. Un estudiante universitario que vive con otros parientes.		
7. Un estudiante universitario que vive solo.		
8. Un estudiante universitario que vive con sus amigos.		

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for Collage Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del BASICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

DESCRIPCION DEL FENC:

Desarrollada por Baer et. al. (1991), la forma de evaluación de las normas de consumo (FENC) específicamente le pregunta al estudiante qué tanto y qué tan a menudo bebe un estudiante típico universitario y qué tanto y qué tan a menudo beben los estudiantes que residen en diferentes contextos (Ej. que viven con su familia, con otros parientes, solo o con amigos). Si las percepciones de las normas de ingesta universitaria que tiene el estudiante son significativamente imprecisas pueden ser confrontadas durante las sesiones de la retroalimentación con base en los datos normativos existentes. La administración del FENC requiere de 5 minutos.

ERPCA*
EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PERCIBIDOS DE CONSUMIR ALCOHOL

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
FECHA: _____ **GRUPO:** _____
NOMBRE DEL APLICADOR: _____

¿Qué tan probable es que tú te involucres en las siguientes actividades en un futuro durante tu carera universitaria?

INSTRUCCIONES:

1. Elija de “extremadamente improbable” a “extremadamente probable”, dependiendo de si espera experimentar esta actividad durante los próximos 4 años. Elija únicamente un número para cada declaración.
2. Circule el número que más próxima a su probabilidad de participar en esta experiencia.

	IMPROBABLE				PROBABLE		
	EXTREMADAMENTE MNFTE	MODERADO	LEVE	NINGUNO	LIEVE	MODERADO	EXTREMADAMENTE MNFTE
1. Manejar después de beber.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tener una cruda.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentirme con nauseas o vomitar después de beber.	1	2	3	4	5	6	7
4. Experimentar olvidos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Herirme físicamente mientras bebo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Desarrollar tolerancia al alcohol (Necesitar más alcohol para tener el mismo efecto).	1	2	3	4	5	6	7
7. Faltar a clases debido a estar crudo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Asistir a clases después de beber.	1	2	3	4	5	6	7
9. Obtener una baja calificación debido a beber.	1	2	3	4	5	6	7
10. Incapacidad de entregar tareas a tiempo debido a beber.	1	2	3	4	5	6	7
11. Causar vergüenza o malestar a alguien debido al beber.	1	2	3	4	5	6	7
12. Argumentar, actuar incorrectamente, o hacer cosas crueles después de beber.	1	2	3	4	5	6	7
13. Hacer cosas que originan reacciones negativas de los demás mientras bebo.	1	2	3	4	5	6	7
14. Pasar mucho tiempo en actividades centradas en el beber.	1	2	3	4	5	6	7
15. Desarrollar un problema de alcohol.	1	2	3	4	5	6	7
16. Convertirme en alcohólico.	1	2	3	4	5	6	7

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for Collage Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del BASICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

DESCRIPCION DEL ERPCA:

La evaluación de los riesgos percibidos por el alcohol es un instrumento auto administrado de 16 reactivos (APRA; Duthie et al. 1991) que evalúa el grado de la probabilidad percibida de estudiantes universitarios de experimentar problemas del consumo excesivo a través del curso de sus años en la universidad. Los estudiantes emplean una escala de 7 puntos para evaluar qué tan probable es que experimenten una consecuencia negativa particular (p. ej., crudas, peleas, etc.) como consecuencia de consumir alcohol. Se puede realizar una comparación entre la percepción de riesgo de un estudiante, reportado por el APRA, y datos obtenidos por otras medidas (p. ej., IPAR) sobre las consecuencias negativas actuales que el estudiante ha reportado experimentar tal y como se ha descrito líneas arriba. Los datos del APRA también pueden ser considerados en contra de la motivación del cambio del estudiante (p. ej., baja percepción de riesgo y baja motivación para cambiar, percepción real del riesgo con base en la experiencia actual de las consecuencias negativas y una alta motivación a cambiar, etc.). Se requiere de 4 minutos para su administración.

ICB*
INVENTARIO DE CONSECUENCIAS DEL BEBEDOR

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
FECHA: _____ **GRUPO:** _____
NOMBRE DEL APLICADOR: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta un número de eventos que en ocasiones experimentan los consumidores de alcohol. Lea cada una de las declaraciones de manera cuidadosa e indique qué tan a menudo le han ocurrido a usted DURANTE LOS 12 MESES PASADOS ENCERRANDO EN UN CÍRCULO EL NÚMERO APROPIADO DE ACUERDO AL SIGUIENTE CODIGO:

- 0 = Nunca.
- 1 = 1 vez o unas cuantas veces.
- 2= Una vez o dos veces a la semana.
- 3 = Diariamente o casi diariamente.

*Si alguna declaración no es aplicable en su caso circule el cero.

¿Durante los 12 meses previos, le ha pasado esto a usted? Circule una respuesta para cada declaración.	RESPUESTA			
	NUNCA	1 VEZ O POCAS OCASIONES	1 O 2 VECES A LA SEMANA	DIARIAMENTE O CASI DIARIAMENTE
1. Tuve una borrachera o me sentí mal después de consumir alcohol.	0	1	2	3
2. Me sentí mal conmigo mismo debido a mi consumo alcohol.	0	1	2	3
3. Falté a mi trabajo o escuela debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
4. Mi familia o amigos se han preocupado o quejado por mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
5. He disfrutado el sabor de la cerveza, vino, o licor.	0	1	2	3
6. La calidad de mi trabajo ha disminuido por mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
7. Mi capacidad de ser un buen padre se ha visto dañada por mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
8. Después de beber, tuve problemas de sueño, lograr mantenerme despierto o pesadillas.	0	1	2	3
9. He manejado un vehículo motorizado después de beber 3 o más copas.	0	1	2	3

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Miller, W.R., Tonigan, J.S. & Longabaugh, R. (1995). The Drinker Inventory of Consequences (DrlnC): An Instrument for Assessing and Advers Consequences of Alcohol Abuse. Project MATCH. Monograph series Vol. 4. DHHS Publication No. 95- 3911. Rockville, MD. National Institute on Alcohol Abuse Alcoholism.

¿Durante los 12 meses previos, le ha pasado esto a usted? Circule una respuesta para cada declaración.	RESPUESTA			
	NUNCA	1 VEZ O POCAS OCASIONES	1 O 2 VECES A LA SEMANA	DIARIAMENTE O CASI DIARIAMENTE
10. Mi consumo de alcohol ha causado que consuma más otras drogas.	0	1	2	3
11. He estado enfermo y he vomitado después de consumir alcohol.	0	1	2	3
12. He sido muy infeliz debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
13. No me he alimentado apropiadamente debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
14. He fracasado en hacer lo que se esperaba de mí debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
15. El consumir alcohol me ha ayudado a relajarme.	0	1	2	3
16. Me he sentido culpable o avergonzado debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
17. Cuando consumía he dicho o hecho algunas cosas embarazosas.	0	1	2	3
18. Cuando consumía alcohol mi personalidad empeoraba.	0	1	2	3
19. Cuando consumía alcohol corría riesgos estúpidos.	0	1	2	3
20. Me he metido en problemas por mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
21. Cuando he bebido he dicho o hecho cosas crueles a alguien.	0	1	2	3
22. Cuando he bebido he hecho cosas impulsivas de las que me he arrepentido después.	0	1	2	3
23. Cuando he bebido me he peleado físicamente.	0	1	2	3
24. Mi salud física se ha visto dañada por mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
25. El consumir alcohol me ha ayudado a tener una perspectiva más positiva de la vida.	0	1	2	3
26. He tenido problemas de dinero debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
27. El consumo de alcohol ha dañado mi matrimonio o relación amorosa.	0	1	2	3
28. Cuando he consumido alcohol he fumado más tabaco.	0	1	2	3
29. Mi consumo de alcohol ha dañado mi apariencia física.	0	1	2	3
30. Mi consumo de alcohol ha herido a mi familia.	0	1	2	3
31. Mi consumo de alcohol ha dañado una amistad o relación cercana.	0	1	2	3
32. He tenido sobrepeso debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
33. Mi consumo de alcohol ha dañado mi vida sexual.	0	1	2	3

<p>¿Durante los 12 meses previos, le ha pasado esto a usted?</p> <p>Circule una respuesta para cada declaración.</p>	RESPUESTA			
	NUNCA	1 VEZ O POCAS OCASIONES	1 O 2 VECES A LA SEMANA	DIARIAMENTE O CASI DIARIAMENTE
35. El consumir alcohol ha hecho que mi vida social sea más disfrutable.	0	1	2	3
36. Mi consumo de alcohol ha dañado mi vida espiritual o moral.	0	1	2	3
37. Mi consumo de alcohol ha hecho que no tenga la clase de vida que deseo.	0	1	2	3
38. Mi consumo de alcohol ha contribuido en mi crecimiento personal.	0	1	2	3
39. Mi consumo de alcohol ha dañado mi vida social, popularidad o reputación.	0	1	2	3
40. He gastado o perdido mucho dinero debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
41. He sido arrestado por conducir bajo la influencia del alcohol.	0	1	2	3
42. He tenido problemas legales (diferentes a conducir intoxicado) debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
43. He perdido un matrimonio o terminado con una relación amorosa debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
44. He sido suspendido/ despedido de un empleo o de la escuela debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
45. Consumí alcohol de manera normal sin ningún problema.	0	1	2	3
46. Perdí un amigo debido a mi consumo de alcohol.	0	1	2	3
47. Me accidenté mientras bebía o me encontraba intoxicado.	0	1	2	3
48. Me hirieron, lastimaron o resulté quemado mientras consumía alcohol o estaba intoxicado.	0	1	2	3
49. Herí a alguien cuando me encontraba consumiendo o estaba intoxicado.	0	1	2	3
50. Rompí objetos cuando me encontraba consumiendo o estaba intoxicado.	0	1	2	3

HOJA DE CALIFICACION

INSTRUCCIONES:

Para cada reactivo copie el número que se circuló en la hoja de respuesta a continuación del número de reactivo que aparece arriba. A continuación sume, verticalmente, cada columna para calcular los totales de la escala en cuestión. Sume estos totales, de manera horizontal, para calcular el total de la calificación del ICB.

* Las calificaciones de cero en los reactivos de la escala de control pueden ser indicativos de respuestas descuidadas o deshonestas. Un total de 5 o menos en dicha escala es indicativo de posible deshonestidad o descuido al contestar.

FISICA	INTERPERSONAL	INTRAPERSONAL	CONTROL DE IMPULSO	RESPONSABILIDAD SOCIAL	ESCALA COTROL	
1. _____		2. _____		3. _____		
	4. _____			6. _____	5. _____	
	7. _____					
8. _____			9. _____ 10. _____			
11. _____		12. _____				
13. _____				14. _____	15. _____	
		16. _____				
	17. _____	18. _____	19. _____	20. _____		
	21. _____		22. _____ 23. _____			
24. _____					25. _____	
				26. _____		
	27. _____		28. _____			
29. _____	30. _____					
	31. _____		32. _____			
33. _____		34. _____ 36. _____ 37. _____ 38. _____			35. _____	
	39. _____			40. _____		
			41. _____ 42. _____			
	43. _____					
				44. _____	45. _____	
	46. _____					
48. _____			47. _____ 49. _____ 50. _____			
+ _____	+ _____	+ _____	+ _____	+ _____	= _____	+ _____
FISICA	INTERPERSONAL	INTRAPERSONAL	CONTROL DE IMPULSO	RESPONSABILIDAD SOCIAL	TOTAL DrInC	ESCALA CONTROL

DESCRIPCION DEL ICB:

El ICB es un cuestionario auto administrado de 50 reactivos diseñado para medir las consecuencias adversas del abuso de alcohol en 5 áreas: interpersonal, física, social, impulsividad e intrapersonal. Cada escala proporciona una medida de vida de tres meses de consecuencias adversas y escalas que pueden combinarse para evaluar las consecuencias adversas totales. Los datos normativos se encuentran disponibles para interpretar las calificaciones de las escalas de los usuarios y una versión breve del DrInC, el índice breve de problemas (SIP) se encuentra disponible cuando el tiempo de evaluación es limitado.

La población objetivo son adultos, hombres y mujeres, que asistan al tratamiento de los problemas de alcohol. El ICB ha estado sujeto estudios de confiabilidad en los que se han empleado medidas de test-retest y de consistencia interna; así mismo, ha estado sometido a estudios de validez en los que se han empleado medidas de validez de criterio (predicativa, concurrente, postdictiva) así como de validez de constructo.

El ICB puede ser empleado para la planeación del tratamiento así como para la evaluación de los resultados del tratamiento.

El ICB ha sido empleado como una medida de resultados en numerosos ensayos clínicos para el tratamiento del alcohol. Se encuentran disponibles versiones de línea base y seguimiento del DrInC, y se pueden fácilmente modificar los tiempos de medición de evaluación para satisfacer las necesidades de la investigación.

El ICB ha sido empleado en una variedad de escenarios, incluyendo instituciones residenciales y de consulta externa para el tratamiento del alcohol y con poblaciones estudiantiles universitarias e inclusive con personas que no tienen vivienda. Los reactivos del DrInC abarcan un espectro completo de consecuencias adversas cuyo rango va desde las encontradas con los bebedores sociales fuertes hasta individuos severamente dependientes al alcohol.

Cuenta con 50 reactivos y 5 subescalas. El formato para su administración se basa en lápiz y papel y el tiempo requerido para su administración es de 10 min. y debe ser auto administrado, no se requiere de un entrenamiento para su administración.

El tiempo requerido para su calificación e interpretación es de 5 min.

CDC*

CUESTIONARIO DE DISPOSICION AL CAMBIO

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
FECHA: _____ **GRUPO:** _____
NOMBRE DEL APLICADOR: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea cuidadosamente las declaraciones que aparecen a continuación. Para cada una, marque la respuesta que mejor describa cómo se siente. Sus respuestas serán privadas y confidenciales.

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INSEGURO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1. Mi consumo de alcohol está bien como está.					
2. Estoy tratando de beber menos de lo que acostumbraba.					
3. Disfruto mi consumo de alcohol, aunque en ocasiones bebo mucho.					
4. Debería disminuir mi consumo de alcohol.					
5. Es una pérdida de tiempo el pensar acerca de mi consumo de alcohol.					
6. He empezado a cambiar mis hábitos de consumo de alcohol.					
7. Cualquiera puede hablar acerca de desear hacer algo sobre el consumo de alcohol, pero actualmente yo estoy haciendo algo al respecto.					
8. Estoy en una etapa en la que estoy considerando beber menos alcohol.					
9. Mi consumo de alcohol es un problema.					
10. Está bien continuar consumiendo alcohol como lo hago.					
11. Actualmente estoy cambiando mis hábitos de consumo de alcohol.					
12. Mi vida sería la misma aún si bebiera menos alcohol.					

* Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W.(1992). Development of a short "Readiness to Change Questionnaire" for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. British Journal of Alcohol, 87, 743 – 754.

CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO.

Los reactivos del estadio de Precontemplación corresponden a los números: 1, 5,10 y 12. Los reactivos del estadio de Contemplación corresponden a los números: 3, 4,8 y 9. Los reactivos del estadio de Acción corresponden a los números: 2,6,7 y 11. Todos los reactivos deben ser calificados en una escala de 5 puntos cuyos rango van de:

<input type="text" value="-2"/>	Totalmente en desacuerdo.
<input type="text" value="-1"/>	Desacuerdo.
<input type="text" value="0"/>	Inseguro.
<input type="text" value="+1"/>	Acuerdo.
<input type="text" value="+2"/>	Totalmente de acuerdo.

Para calcular la calificación de cada escala simplemente sume la calificación del reactivo para la escala en cuestión. El rango de cada escala es de -8 a +8, pasando por el cero. Una calificación negativa refleja un desacuerdo total en el que los reactivos miden el estadio de cambio, mientras que una calificación positiva representa un acuerdo total. La calificación más alta representa el estadio de cambio.

OBSERVACION: Si las calificaciones de dos escalas son iguales, entonces la escala que se encuentra en el nivel más avanzado en el continuo de cambio (Precontemplación, Contemplación, acción) representa el estadio de cambio del usuario. Por ejemplo: si un usuario obtiene una calificación de 6 en la escala de Precontemplación, 6 en la escala de Contemplación y -2 en la Acción; entonces el usuario es ubicado en el estadio de Contemplación.

Observe que las calificaciones positivas en la escala de Precontemplación significan una falta de disposición al cambio.

Para obtener una calificación para la etapa de Precontemplación que representa un desacuerdo del usuario de disposición al cambio, comparable a las calificaciones en las escalas de Contemplación y Acción, simplemente invierta el signo de la calificación obtenida en la Precontemplación.

Si uno de los cuatro reactivos de una escala no es contestado, la calificación del usuario para esa escala deberá ser prorrateada (multiplicado por 1.33). Si dos o más reactivos nos son contestados, la calificación de la escala correspondiente no podrá ser calculada. En este caso el estadio de cambio se invalidará.

CALIFICACION DE LAS ESCALAS:

Calificación de Precontemplación

Calificación de Contemplación

Calificación de Acción

DISPOSICION AL CAMBIO:

Precontemplación (Calificación inversa)

Contemplación (Misma calificación)

Acción (Misma calificación)

ESTADIO DEL CAMBIO

(Precontemplación, Contemplación o Acción).

DESCRIPCION DEL CDC:

El Cuestionario de Disposición al Cambio es un instrumento auto administrado de 12 reactivos basados en el modelo de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente. Tres subescalas que corresponden a tres estadios en este modelo (Precontemplación, Contemplación, Acción) son generadas por el CDC, Que finalmente determinan el estadio de cambio del usuario. Los usuarios proporcionan respuestas a cada reactivo en una escala likert de 5 puntos. El tiempo requerido para su administración es de cerca de 3 minutos.

SMAST*

PRUEBA BREVE DE MICHIGAN SOBRE DETECCIÓN DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALCOHOLISMO Y CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA*

(CREWS Y SHER, 1992)

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____ GRUPO: _____
NOMBRE DEL APLICADOR: _____

Instrucciones:

Marque con una X en la línea correspondiente que sigue a cada paréntesis según corresponda a la opción que se ajuste más a su caso particular. El consumo excesivo se refiere a consumir más de 4 copas por ocasión en el hombre y más de tres en la mujer. Por otro lado, la persona alcohólica es aquella que tiene una dependencia al alcohol y que se manifiesta por la pérdida de control en la conducta de beber, incapacidad de dejar de beber una vez que ha empezado, y presenta alguno(s) de los siguientes síntomas tales como: lagunas mentales, ataques, delirios, alucinaciones, temblores en las manos después de suspender el consumo de alcohol, etc.

1. ¿Considera que su (madre / padre) es / fue un alcohólico / consumidor excesivo de alcohol?

(SI) ___ Mi madre es/fue una alcohólica	(NO) ___ Mi madre no es/no fue una alcohólica.
(SI) ___ Mi madre es/fue una consumidora excesiva	(NO) ___ Mi madre no es/no fue una consumidora excesiva
(SI) ___ Mi padre es/fue un alcohólico	(NO) ___ Mi padre no es/no fue un alcohólico
(SI) ___ Mi padre es/fue un consumidor excesivo	(NO) ___ Mi padre no es/no fue un bebedor excesivo

2. ¿Considera que su (madre/padre) ha sido un bebedor normal?

(SI) ___ Mi madre ha sido una bebedora normal	(NO) ___ Mi madre no ha sido una bebedora normal
(SI) ___ Mi padre ha sido un bebedor normal	(NO) ___ Mi padre no ha sido un bebedor normal

3. ¿Alguna vez se quejó su madre/padre, abuela/abuelo u otro miembro cercano acerca de la manera de beber de su madre/padre?

(SI) ___ de la manera de beber de mi madre	(NO) ___
(SI) ___ de la manera de beber de mi padre	(NO) ___

4. ¿Alguna vez se sintió culpable su (madre/padre) por su forma o manera de beber?

(SI) ___ Mi madre se sintió culpable	(NO) ___ Mi madre no se sintió culpable
(SI) ___ Mi padre se sintió culpable	(NO) ___ Mi padre no se sintió culpable

5. ¿Consideran sus familiares y sus amigos que su madre/padre es/fue un bebedor normal?

(SI) ___ Consideran que mi madre es/fue bebedora normal	(NO) ___ Consideran que no es/ no fue bebedora normal
(SI) ___ Considera que mi padre es/fue bebedor normal	(NO) ___ Consideran que es /no fue bebedor normal

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya (2003) para funcionar dentro de la "Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva", dentro del Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol".

6. ¿Es/era capaz su (madre/padre) de dejar de beber cuando quería?

(SI) ___ Mi madre es/era capaz de dejar de beber (NO) ___ Mi madre no es/era capaz de dejar de beber

(SI) ___ Mi padre era capaz de dejar de beber (NO) ___ Mi padre no es/era capaz de dejar de beber

7. ¿Alguna vez ha asistido su (madre/padre) a alguna reunión de Alcohólicos Anónimos?

(SI) ___ Mi madre ha asistido (NO) ___ Mi madre no ha asistido

(SI) ___ Mi padre ha asistido (NO) ___ Mi padre no ha asistido

8. ¿Alguna vez la manera de beber de su (madre/padre) ha causado problemas entre ellos u otro familiar?

(SI) ___ En la manera de beber de mi madre (NO) ___

(SI) ___ En la manera de beber de mi padre (NO) ___

9. ¿Alguna vez ha tenido su (madre/padre) problemas en su trabajo por su manera de beber alcohol?

(SI) ___ Mi madre ha tenido problemas (NO) ___ Mi madre no ha tenido problemas

(SI) ___ Mi padre ha tenido problemas (NO) ___ Mi padre no ha tenido problemas

10. ¿Alguna vez ha descuidado su (madre/padre) sus obligaciones familia o trabajo por más de dos días consecutivos porque estaba bebiendo alcohol?

(SI) ___ Mi madre ha descuidado (NO) ___ Mi madre no ha descuidado

(SI) ___ Mi padre ha descuidado (NO) ___ Mi padre no ha descuidado

11. ¿Alguna vez su (madre/padre) ha acudido a algún lugar o con alguien solicitando ayuda para controlar su manera de beber alcohol?

(SI) ___ Mi madre ha acudido (NO) ___ Mi madre no ha acudido

(SI) ___ Mi padre ha acudido (NO) ___ Mi padre no ha acudido

12. ¿Alguna vez su (madre/padre) ha estado en un hospital (a) debido a su manera de beber alcohol?

(SI) ___ Mi madre ha ido a un hospital (NO) ___ Mi madre no ha ido a un hospital

(SI) ___ Mi padre ha ido a un hospital (NO) ___ Mi padre no ha ido a un hospital

13. ¿Alguna vez su (madre/padre) ha sido arrestada(o) por conducir ebria(o), manejar intoxicada(o) o manejar bajo la influencia de bebidas alcohólicas?

(SI) ___ Mi madre ha sido arrestada (NO) ___ Mi madre no ha sido arrestada

(SI) ___ Mi padre ha sido arrestado (NO) ___ Mi padre no ha sido arrestado

GUÍA DEL PROGRAMA DE “TRATAMIENTO DE AUTO-CAMBIO GUIADO PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS BEBEDORES PROBLEMA CON DEPENDENCIA MODERADA (TAGEU)”

Este programa consistió de 1 sesión de Evaluación y Automonitoreo y 4 sesiones de tratamiento individual de 50 minutos cada una y varios contactos telefónicos. Las sesiones se llevaron a cabo semanalmente y estuvieron dirigidas a la identificación de la etapa de cambio, al establecimiento de metas terapéuticas, a la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol, al desarrollo de una estrategia para la solución de problemas específicos de consumo de alcohol y al re-establecimiento de metas.

SESIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTOMONITOREO

Esta sesión fue la primera que se realizó con el estudiante dentro del programa de tratamiento específico TAGEU y fue importante ya que constituyó el primer contacto formal que la terapeuta de este programa efectuó con el estudiante. Una vez que la terapeuta le dio la bienvenida y se presentó formalmente como su terapeuta, procedió a explicarle las características de este programa específico de tratamiento en términos de su orientación, requerimientos de asistencia, expectativas en la participación, planeación y ejecución de tareas a realizar en casa y sobre los límites en la confidencialidad. También la terapeuta discutió con el estudiante otras posibles opciones de tratamiento y aclararle cualquier duda que tuviera respecto al mismo y le preguntó si no tenía inconveniente que fungiera como su terapeuta. Cuando se presentó algún inconveniente por parte del estudiante se le preguntó el porqué y si esto se aclaró y se solventó la situación se procedió con la sesión. En caso contrario se procedió a asignarle uno nuevo, de tal forma que no hubiera ningún inconveniente.

Por otro lado, debido que la terapeuta ya contaba con información acerca de los patrones de consumo de alcohol, los problemas relacionados con el consumo y de otros factores de riesgo del estudiante con base a la Entrevista Diagnóstica- Prescriptiva (EDP; Quiroga, 2003g), esta sesión de evaluación se centró en aquellos aspectos necesarios para el diseño del programa específico de cada estudiante y que por sus propósitos no considera la EDP. De esta manera sólo se consideraron aquellos instrumentos específicos de evaluación que se complementan con los aplicados previamente en la EDP, tales como la entrega y explicación de las lecturas: 1. “Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas”; 2. “Identificación de Situaciones para el Consumo Excesivo de Alcohol”; y 3. “Enfrentamiento de los Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol”, y sus Ejercicios respectivos: 1A “Decisión para Cambiar”, 1B “Razones para Cambiar”, 1C “Establecimiento de Metas”; 2. “Situaciones y Consecuencias de mi Consumo Excesivo de Alcohol”; 3A. “Desarrollo de Alternativas al Consumo Excesivo de Alcohol”; 3B. “Planes de Acción” y 4. “Nuevo Establecimiento de Metas”, que se presentan integrados en el texto de esta Guía, así como la “Forma de Autoregistro del Consumo de Alcohol” que se incluye al final de esta Guía, en tanto que el ISCD-A-50 y el CCCD-A-50, se

encuentran en el Anexo 2 (Instrumentos de Evaluación Específica y General para la Planeación, Seguimiento y Evaluación del Tratamiento).

Un segundo punto al cual se dirigió esta primera sesión fue al empleo del automonitoreo con el fin de determinar las situaciones y disparadores actuales de riesgo para el consumo excesivo, por lo que a continuación, la terapeuta le entregó al estudiante el "Autoregistro". Debido a que el autoregistro requería que el estudiante anotara diariamente varios aspectos de su conducta de consumo de alcohol así como eventos relacionados (p. ej., estado de ánimo, pensamientos, sentimientos y necesidad de consumo, se procedió a explicar cuidadosamente la forma de su llenado, realizando varios ensayos conductuales hasta cuando se estuvo seguro de su adecuado manejo por parte del estudiante.

Para terminar con la sesión de Evaluación y Automonitoreo, la terapeuta le proporcionó y explicó al estudiante la lectura y el ejercicio de la primera sesión de tratamiento "Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas". Además, la explicación incluyó un resumen sobre los puntos más importantes de la lectura y la manera en la que el estudiante debería resolver los ejercicios que forman parte de la lectura. Se enfatizó en la importancia de que los ejercicios se resolvieran después de la lectura del material. Específicamente, para este primer material se le especificó al estudiante que su contenido le ayudaría a analizar: 1) los costos y beneficios de su actual forma de beber; 2) tomar conciencia de sus decisiones y las consecuencias que siguen a las mismas; 3) identificar razones para cambiar; y 4) establecer su meta de consumo. Con la entrega de la tarea se hizo énfasis de la importancia de que ésta se realizara en casa y, que en caso de que al realizarla no le quedara claro, podía llamar al terapeuta para aclarar sus dudas. Finalmente, se realizó el cierre de la sesión y se le indicó al estudiante la fecha y la hora a su primera sesión de tratamiento.

SESIONES DE TRATAMIENTO

Durante las sesiones de tratamiento, el estudiante analizó, con el apoyo de la terapeuta, los costos y beneficios del cambio, registró su consumo diario de alcohol, eligió la meta de consumo controlado, planeó metas de vida y a corto plazo, identificó situaciones de consumo y desarrolló estrategias para enfrentar esas situaciones. En caso de que el estudiante no tuviera una respuesta adecuada al tratamiento, después de las tres primeras sesiones, eran referidos a otra modalidad. Finalmente, se realizaron cuatro sesiones de seguimiento para la evaluación de la eficacia del Programa. De manera resumida, este programa proporcionó a los estudiantes información, consejo y retroalimentación, y empleó tres lecturas y tareas para realizar en casa en las cuales se abordaron los siguientes temas: (1) evaluación de los costos y beneficios del cambio (p. ej., ejercicio de balance decisional); (2) identificación de "disparadores" de situaciones de alto-riesgo asociadas con el consumo excesivo, empleándose la asignación de una tarea para realizar en casa y un cuestionario de confianza situacional; y (3) desarrollo de opciones y planes de

acción (formas alternativas de responder) para enfrentar las situaciones de consumo problemáticas identificadas durante la segunda sesión.

PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO

Una vez que la terapeuta recibió y saludo al estudiante, le solicitó su autoregistro con el propósito de revisar su consumo semanal. El análisis comenzó preguntándole: ¿qué sucedió durante la semana? ¿Hubo cambios significativos en tu consumo? Algunas preguntas útiles para realizar el análisis del autoregistro fueron: ¿En cuánto tiempo consumiste cada copa?, ¿Cuánto tiempo transcurrió entre copa y copa?, ¿Cuánto tiempo duro tu consumo? ¿Cómo te sentiste antes, durante y después del consumo? ¿En qué lugares consumiste y con quién realizaste tu consumo? ¿Existió el deseo de seguir consumiendo alcohol? Después de analizar el autoregistro, se le preguntó al estudiante sobre los aspectos que llamaron su atención o los que consideró fueron más importantes de su primera lectura, enfatizando la importancia de tomar decisiones y las consecuencias de éstas, los costos y beneficios de su consumo actual de alcohol, la identificación de las razones del cambio, la importancia de establecer una meta y la confianza para lograrla, además de hacer una revisión de los ejercicios contestados en casa por el estudiante.

En caso de que el estudiante no hubiera cumplido con la tarea, la terapeuta indagó las razones por las cuales no la realizó y, procedió a resolverla junto con el estudiante durante la sesión, sin embargo, se le recordó su responsabilidad como parte de la intervención y se le advirtió que en futuras citas, no se podría llevar a cabo la sesión si no traía consigo resueltos los ejercicios. Si el usuario mostraba dificultad para comprender las instrucciones de la tarea, la terapeuta lo ayudo a encontrar a una persona que le ayudara a resolverla (por ejemplo: algún familiar).

En el *Ejercicio 1A "Decisión para Cambiar"*, se le solicitó al estudiante que completara las cuatro celdas de una tabla de dos por dos que contaba con los siguientes encabezados: "Cambiar mi forma de beber"; "Continuar con mi forma de beber" en la parte superior, y en la parte inferior "Beneficios de cambiar mi forma de beber" y "Costo de continuar mi forma de beber:" (Ver Fig. 1). Al comentar el ejercicio con el estudiante, se le solicitó que describiera, en primer lugar, los beneficios de continuar con su forma actual de consumo de alcohol (ejemplo: "me ayuda a relajarme", "me relaciono más fácilmente con los demás"). En segundo lugar se analizaron los costos de continuar con su forma de beber (ejemplo: "mis amigos que no beben tanto como yo se molestarán conmigo", "tendré problemas familiares"). En un tercer momento se abordaron los costos de cambiar mi forma de beber (ejemplo: "me faltará emoción y diversión", "estaré más tenso"). Por último se le pidió que explicara los beneficios que tendría si cambiara su consumo actual de alcohol (ejemplo: "mejorará mi relación familiar", "mejorará mi rendimiento escolar").

En el *Ejercicio 1B "Razones para Cambiar"*, se le solicitó al estudiante que pensara en tres de las razones más importantes que lo llevarían a decidir un cambio

en su consumo problemático del alcohol. Cuando se revisó el ejercicio (Véase Fig. 2), la terapeuta le ayudó a enriquecer sus razones, preguntándole sobre ejemplos específicos y aclarando el por qué cada una de las tres razones que identificó eran importantes. Este ejercicio se reforzó con la información obtenida en el Ejercicio 1A “Decisión para Cambiar”.

FIG 1. EJERCICIO 1A: DECISION PARA CAMBIAR		
	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS DE CAMBIAR/ CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar mi relación familiar ▪ Mejorará mi rendimiento Escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me ayuda a relajarme ▪ Me relacionó más fácilmente con los demás.
COSTOS DE CAMBIAR/ CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me faltará emoción y Diversión ▪ Estaré más tenso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mis amigos y compañeros que no beben tanto como yo se molestaran conmigo ▪ Tendré problemas familiares

FIG. 2. EJERCICIO 1B: RAZONES PARA CAMBIAR

Las razones más importantes por las cuales quiero cambiar mi forma de beber son:

1. Cuidaría mi salud ya que tendría menos probabilidad de provocar un accidente Automovilístico.
2. Mejorará mi relación de pareja, ya que mi esposa y yo discutimos frecuentemente debido a mi forma de beber. Continuamente nos agredimos y peleamos
3. Quiero mantener el control en situaciones donde esté bebiendo porque quiero disfrutar todo lo que hago en las reuniones sin beber en exceso.

Quando se revisaron las razones para cambiar, se observó que estas no estuvieran planteadas de manera negativa, en tal caso se modificaron a fin de que

se plantearan de manera positiva, por ejemplo: *"Quiero estar saludable durante muchos años para poder gozar de mi familia, de mis amigos y divertirme"* en lugar de *"No me quiero morir de una enfermedad del hígado"*. Se apoyaron las razones de cambio identificadas por el estudiante, y se enfocó en ellas.

Cuando el estudiante contó con una pareja, se realizaron las siguientes preguntas para encontrar o fortalecer las razones de cambio: *"¿Cuál supones que sería la opinión de tu esposo(a) sobre cómo cambiaría la vida de la familia si tu no tuvieras problemas con la bebida?"*, *¿Qué supones que diría tu esposo(a) que serían las razones para el cambio?"*; o *"¿Qué supones diría tu esposo(a), respecto a qué sería diferente si no bebieras tanto?"*. Enseguida, se le presentaron los resultados de la LIBARE con el propósito de brindarle más información para el establecimiento de su meta. Después que la terapeuta le entregó los resultados de la LIBARE, le solicitó que comentara cuál sería su meta de consumo de alcohol, utilizando el *Ejercicio 1C "Establecimiento de Metas de Tratamiento"* (Véase Fig. 3). La terapeuta se aseguró que el estudiante hubiera contestado todas las preguntas que se incluían como parte de este ejercicio y lo ayudó a definir su meta.

Si el estudiante eligió reducir el consumo como meta y este no estaba contraindicado, la terapeuta reforzó la meta elegida utilizando las sugerencias para beber con seguridad o moderación. Se le informó al estudiante que como eligió la reducción en el consumo de alcohol, su consumo no debía estar motivado por el propósito de alcanzar un efecto o estado de intoxicación determinado (debido a la tolerancia), sino como parte de una actividad social o por disfrutar el sabor de la bebida. Se supervisó que el estudiante definiera su meta con todo detalle. Esto es, el número de copas que planeaba consumir y la frecuencia (número de días a la semana), así como las situaciones en las que planeaba beber, y en qué situaciones no lo haría. Si el estudiante elegía una meta de consumo que no era compatible con los lineamientos del *consumo moderado o seguro*, o elegía una reducción en la bebida a pesar de tener contraindicaciones médicas o sociales, se le informó que lo que se proponía iba en contra de los lineamientos del programa y de su salud, y se le sugería que lo más conveniente era que considerara la abstinencia, pero que finalmente era su decisión. Después de que se revisó la meta de consumo, se analizó *qué tan importante era para el estudiante lograr su meta y qué tan confiado se sentía de lograrla*. Se trató de promover que considerara el mayor porcentaje posible, ya que entre más importante, ésto se reflejaría en su disposición para cambiar su consumo.

Al terminar la sesión, se le recordó al estudiante los puntos importantes vistos en la sesión, resaltando los beneficios de cambiar su consumo de alcohol, los costos de continuar su consumo actual, sus razones de cambio y su meta de consumo; así

FIG 3. EJERCICIO 1C: ESTABLECIMIENTO DE METAS

¿Qué meta elegiré? : ¿No beber en absoluto o disminuir su consumo de alcohol?
Ahora marque en el cuadro 1 o en el cuadro 2 la meta que desea alcanzar Mi meta es:

Cuadro 1

NO BEBER EN ABSOLUTO

Si marcó esta meta inicie el Paso 2. "Identificación de Situaciones para el Consumo Excesivo de Alcohol"; e inicie su Auto Registro.

Cuadro 2

DISMINUIR MI CONSUMO

Si usted quiere disminuir su consumo de alcohol, debe continuar leyendo y resolviendo esta sección.

Ya que ha decidido disminuir su consumo de alcohol es necesario que revise detenidamente la siguiente información:

1 Copa estándar es igual a:
1 cerveza (341ml)
1 tornillo de pulque (340 ml)
1 copa de vino de mesa (142 ml)
1 copa de licor o destilado (43 ml)
(ginebra, whisky, vodka, tequila, ron, aguardiente, etc.)

- ❖ Es importante tener días de no consumo y días de consumo en una semana. Ya que los días de abstinencia ayudan a evitar el desarrollo de la tolerancia de alcohol.
- ❖ Es importante estar descansando, relajado y sin presiones cuando usted decida beber.
- ❖ Saciarse su sed antes de empezar a consumir alcohol.
- ❖ Haber comido antes de consumir.
- ❖ Batanear mientras consume alcohol.
- ❖ Tomar una copa por hora (trago estándar)
- ❖ Dejar pasar 20 minutos entre copa y copa, pensando si realmente quiere la siguiente.
- ❖ Poner el vaso lejos de su alcance.
- ❖ Tomar como máximo 4 copas estándar por ocasión si es hombre y 3 si es mujer.

Como su meta es beber moderadamente, es necesario que defina como se propone beber de ahora en adelante:

1. En un **DIA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MÁS DE** _____ copas estándar durante ese día.

2. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** _____ días. (Si planea beber menos de un día por semana ponga una marca en este lugar)_____.

Recuerde que está iniciando un cambio, evite por lo tanto, situaciones o circunstancias en donde considere que va a ser muy difícil controlar su consumo, ahora conteste las siguientes preguntas.

3. Planeo **NO BEBER EN ABSOLUTO** en las siguientes circunstancias:

4. Planeo beber **SOLAMENTE** en las siguientes circunstancias:

Usted ya ha descrito su meta de consumo para los siguientes meses. ¿Qué tan motivado se siente para cambiar su actual forma de beber? De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas marcando con una X la respuesta que más se acerque a lo que siente:

1.- En este momento. ¿Qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?

0%-----25%-----50%-----100%

Nada Importante	Menos importante que la mayoría de las Otras cosas que me Gustaría cambiar	Tan importante como la mayoría de las otras... cosas que me gustaría lograr cambiar	Lo más importante
--------------------	---	--	-------------------

2. En este momento ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?

0%-----25%-----50%-----100%

Creo que no lograré Mi meta	Tengo cierta confianza en lograr mi meta	Tengo confianza en...	Estoy total mente seguro de lograr
--------------------------------	---	--------------------------	---------------------------------------

mismo, se le pidió que continuara con el autoregistro de su consumo. Se hizo énfasis en que no dejara de anotar en el mismo las situaciones, los pensamientos y sentimientos que se asocian a su consumo de alcohol ya que esto le serviría como un apoyo para desarrollar una mayor conciencia de su patrón de consumo y a identificar que situaciones lo promueven, lo cual permitiría plantear estrategias de afrontamiento exitosas. Por último, se le entregó y explicó como resolver en su casa la lectura del Ejercicio 2. "Identificación de Situaciones para el Consumo Excesivo de Alcohol", señalándole que sus respuestas a los ejercicios serán revisadas en la siguiente sesión.

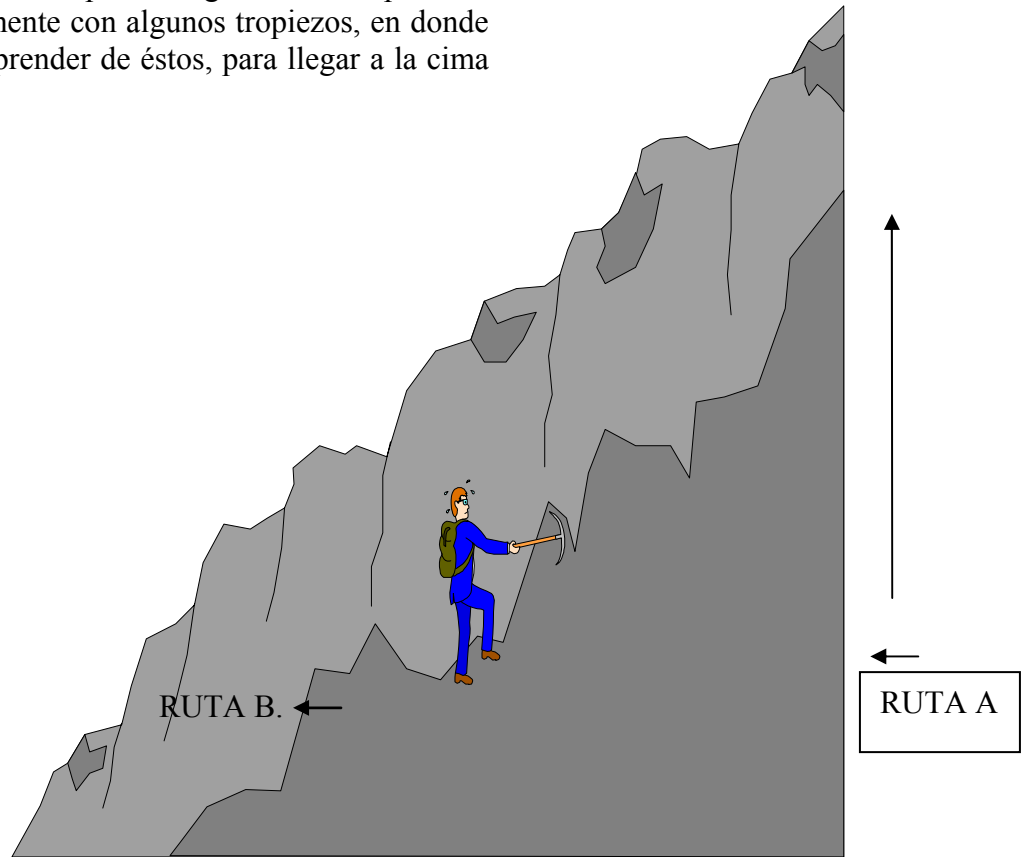
SEGUNDA SESIÓN DE TRATAMIENTO

La terapeuta inició con el resumen de la sesión anterior, señalando los puntos importantes, tales como los beneficios de cambiar su consumo actual, los costos de continuar con su consumo, sus razones de cambio y la meta de consumo que decidió. También, se analizó el autoregistro de esa semana se comentó con el estudiante los aspectos que llamaron su atención de la lectura, dando énfasis al cambio como un proceso de aprendizaje.

Durante esta sesión se analizó, conjuntamente con el estudiante, la necesidad de contemplar las recaídas como parte del proceso de cambio y el logro de la abstinencia o de la moderación como una meta a largo plazo. Esto se hizo con base en la discusión de la "Montaña del Éxito" (Véase Figura 4). Durante el análisis de estos materiales se resaltó el hecho de que no obstante de poner el mejor esfuerzo en manejar las situaciones principales de su consumo, existía la posibilidad que no tuviera éxito en todas las ocasiones, es decir, que tuviera lugar a una caída o incluso

FIG.4. MONTAÑA DEL EXITO

Algunas personas son capaces de alcanzar su meta tomando el camino más corto, sin tropiezos (RUTA A), sin embargo, también se puede llegar a la meta por otro camino, probablemente con algunos tropiezos, en donde lo importante es aprender de éstos, para llegar a la cima (RUTA B).



una recaída², lo que podría hacerlo experimentar reacciones emocionales negativas tales como, sentir que cambiar es muy difícil y no vale la pena el esfuerzo, sentirse culpable, tal vez un poco deprimido y pensar que es una persona débil o “perdedora”. No obstante, se le dijo que aún cuando se reconoce que éstas son reacciones normales a las recaídas, él podía combatirlas con las siguientes estrategias: (a) pensar en la caída como un error: Todos cometemos errores. Al igual que con otros errores, nosotros podemos pensar sobre qué hicimos mal y cómo corregirlo o evitar hacerlo de nuevo; (b) reconocer que una recaída no significa que se está regresando al patrón de consumo anterior; (c) recordar las razones de su cambio: Revisar estas razones para cambiar y comprometerse con ellas. Sin

² Las caídas se definen como la violación a la meta establecida por el estudiante durante el programa. Mientras que las recaídas se distinguen por el regreso a un patrón de consumo similar al que presentaba el estudiante antes de la intervención.

embargo, fue importante señalarle al estudiante que no interpretara esto como una “justificación” para tener recaídas.

Después de este punto, se continuó con el análisis de las situaciones de riesgo para el consumo que el estudiante identificó como parte de su tarea, pues esto le permitiría, durante la siguiente sesión, analizar las opciones que pudiera desarrollar para afrontar estas situaciones. Otro momento clave para prevención de recaídas ocurrió durante las sesiones de seguimiento. Durante estas sesiones, se analizó el consumo del estudiante después de que dejó de asistir al tratamiento, con el objetivo de identificar la ocurrencia de alguna recaída, se analizaron las estrategias que aplicó el estudiante y se señalaron los posibles cambios que debería realizar en sus planes de acción. De esta manera, cuando la terapeuta detectó durante el seguimiento, la presencia de alguna caída o recaída, analizó junto con el estudiante las alternativas que le permitirían afrontar una situación similar en el futuro.

En el **Ejercicio 2**. “Situaciones y Consecuencias de mi Consumo Excesivo de Alcohol” (Véase Fig. 5), se le pidió al estudiante que describiera tres situaciones de alto riesgo en que consumió alcohol de manera excesiva y las consecuencias que recibió al ingerir alcohol. Durante la revisión del ejercicio, la terapeuta apoyó al estudiante a describir con más detalle las situaciones de alto riesgo; a identificar los precipitadores o disparadores y las consecuencias en forma clara y específica y se le preguntó sobre los posibles antecedentes y consecuencias que pudiera haber pasado por alto. Se retomaron los resultados del ISCD-A-50 y el CCCD-A-50, los cuales se compararon con las respuestas dadas por el estudiante en su ejercicio al comparar las situaciones de consumo planteadas en su tarea con las principales situaciones de riesgo arrojadas por el instrumento y el perfil obtenido del estudiante, se detectaron con mayor claridad las situaciones que verdaderamente lo ponían en riesgo de consumir. Cuando la comparación de las situaciones identificadas por el usuario en su tarea y las encontradas en el ISCD-A-50 y el CCCD-A-50 no coincidieron, se analizó con el estudiante las situaciones derivadas de los instrumentos, y si éste consideró que también estas situaciones eran de riesgo para su consumo, entonces se sugirió realizar el mismo ejercicio con ellas. Por último, se hizo un resumen de los puntos más importantes planteados en la sesión, señalándole al estudiante que su cambio es un proceso de aprendizaje a largo plazo, se recordaron las situaciones principales de riesgo para consumir en exceso, así como los resultados del ISCD-A-50 y el CCCD-A-50,. Se le entregó y explicó la lectura y ejercicios de la Sesión 3. “Enfrentamiento de los Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol y sus Ejercicios 3A. Opciones y Probables Consecuencias” y 3B. “Planes de Acción”. Y se le recordó su meta de consumo y la necesidad de continuar con su autoregistro.

FIG. 5. EJERCICIO 2: “Situaciones y Consecuencias de mi Consumo Excesivo de Alcohol”

1. Describa brevemente y en forma general una SITUACIÓN EN LA QUE TOMO ALCOHOL EN FORMA EXCESIVA O PROBLEMÁTICA: “Cuando me fui con amigos del trabajo a una fiesta y bebí 15 cubas”.
2. Describa los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que Usted tomara alcohol en exceso en esa situación: “El que estos amigos siempre me insisten en que tome unos tragos con ellos, el que era viernes por la noche y me sentía cansado con ganas de tranquilizarme y pensaba que merecía echarme unos tragos, además como fuimos a casa de uno de ellos en la que yo me siento en confianza me puedo servir como si estuviera en mi casa y no necesito gastar dinero”.

Cuando tenga que describir su propio ejemplo le puede ser útil considerar su estado físico (por ejemplo, si se sentía cansado, relajado, tenso, etc.), su estado emocional (por ejemplo, si estaba Usted enojado, contento, triste, etc.), sus pensamientos (por ejemplo si esta pensando que: “merecía descansar”, “había sido una semana pesada y merecía divertirse”, “fue un día de muchas presiones y merecía distraerse y olvidarse de los problemas”; la presencia de ciertas personas (por ejemplo: amigos con los que acostumbra tomar al salir del trabajo) y si éstos insistían en ofrecerle tragos o brindar; el lugar (por ejemplo si fue en un lugar en el que acostumbra reunirse, o en un momento específico en que Usted se encuentra solo), que estaba haciendo cuando ocurrió la situación (por ejemplo: estaba bailando, platicando, jugando dominó).

3. Describa los tipos de CONSECUENCIA que le ocurrieron por haber tomado alcohol en exceso en esa ocasión: “Durante la fiesta me sentí al principio a gusto relajado, contento, con ganas de platicar, de bailar. Pero después, empecé a sentirme molesto con todos los que me rodeaban, opinaba yo totalmente diferente que ellos, empecé a discutir con uno de ellos alzamos la voz, llegamos a los golpes y creo haberlo lastimado, alguien nos separó a partir de ahí no me acuerdo qué más sucedió. Al otro día amanecí en casa de este amigo quien estaba molesto conmigo, y al llegar a casa mi esposa no me dirigió la palabra en todo el día, mis hijos me evitaban y no me sentía con ánimos de acercármeles ni de poder corregirlos cuando se portaban mal; físicamente estaba tan mal que casi no me paré de la cama, me ardía el estómago, me sentía mareado, con mucha sed, me temblaban las manos”.

Para identificar estas consecuencias, asegúrese de considerar tanto las consecuencias INMEDIATAS (lo que sucedió mientras estaba bebiendo) y las consecuencias DEMORADAS (lo que sucedió después o cierto tiempo después, pero relacionado con su forma de consumo). También, asegurarse de considerar las consecuencias NEGATIVAS Y POSITIVAS para Usted.

TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO

La sesión se inició con la revisión de los puntos más importantes abordados durante la sesión anterior, recordándole al estudiante sus tres principales situaciones de consumo, disparadores y las principales consecuencias de éstas. Posteriormente, se hizo el análisis del autoregistro y enseguida se comentaron los aspectos que llamaron la atención del estudiante al revisar su lectura, en donde la terapeuta enfatizó la importancia de tener opciones que le permitieran desarrollar estrategias detalladas para controlar su consumo ante situaciones específicas, dando lugar con esto al análisis de los ejercicios de la lectura.

En los *Ejercicios 3A “Opciones y Probables Consecuencias”* y *3 B “Planes de Acción”* (Véase Figuras 6 y 7), se le pidió al estudiante que desarrollara opciones al consumo excesivo de alcohol para cada una de las tres situaciones de alto riesgo que describió en el Ejercicio 2. Estas se usaron como ejemplos de cómo enfrentarse a sus problemas en forma constructiva. Se le recordó al estudiante que las opciones no debían limitarse sólo a lo que lo hace sentirse cómodo; se le explicó que, experimentar algo de incomodidad en un corto plazo, puede llevarlo a una buena recompensa a largo plazo, que puede ser de gran ayuda considerar a corto y largo plazo las consecuencias positivas y negativas de cada opción (ejemplo: una opción puede ser efectiva en un corto plazo pero puede tener consecuencias negativas a largo plazo).

Se le pidió al estudiante que seleccionara sus dos mejores opciones y que desarrollara planes de acción basados en éstas opciones. Los planes de acción se subdividieron en pasos realistas. Si un plan no funcionaba se animó al estudiante a que analizara el por qué se dio esta situación y a que considerara otras alternativas. Para concluir se hizo un resumen de la sesión con los puntos más importantes de ésta, señalando las dos mejores opciones que eligió el estudiante para cada una de sus situaciones de consumo y los planes de acción que desarrolló para enfrentar sus situaciones de riesgo y controlar su consumo. Se le reiteró su meta de consumo, se le entregó la Tarea del Ejercicio 4: *“Nuevo Establecimiento de Metas”* y se le solicitó que continuara con su autoregistro.

CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

La primera parte de la sesión comprendió la revisión de los puntos importantes de la sesión anterior, entre los que se encontró la revisión de las diferentes opciones a realizar durante las situaciones de alto riesgo para el consumo del estudiante, la elección de las dos mejores alternativas para cada situación y el desarrollo de los planes de acción para estas dos opciones.

Nuevamente, durante esta sesión se retomó el análisis del autoregistro. Sin embargo, en esta ocasión este instrumento no solo sirvió para hablar acerca del consumo semanal, si no que también permitió analizar, junto con el estudiante, el

**FIG. 6. EJERCICIO 3A: OPCIONES Y PROBABLES
CONSECUENCIAS**

Describa las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo en exceso # 1

“Cuando me fui con mis amigos del trabajo a una fiesta y me bebí 15 cubas”

**DESCUBRA CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES
CONSECUENCIAS:**

OPCION # 1

No ir a las fiestas que organicen mis amigos de trabajo.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 1

No vería a mis amigos, no me divertía, no me emborracharía, después se burlaría de mi ó me preguntarían porqué no fui.

OPCION # 2

Ir a la fiesta pero no beber

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 2

Me sentiría extraño, sería imposible ver a mis amigos beber y yo no hacerlo, no sabría cómo decirles que he decidido no beber con ellos.

OPCION # 3

Beber solamente 4 cubas.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 3

Vería a mis amigos, me divertía, podría disfrutar del alcohol, no me emborracharía, podría recordar al día siguiente todo lo que pasó en la fiesta, mi esposa no se enojaría conmigo.

B) SELECCIÓN DE OPCIONES:

**DE LAS OPCIONES ARRIBA DESCRITAS PARA ESTA SITUACION DE ALTO RIESGO
PARA BEBER EN EXCESO, CONSIDERE:**

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCION: 3

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCION: 2

FIG. 7. EJERCICIO 3B: PLAN DE ACCION

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # 1
Seleccione las dos mejores opciones para esta Situación de Alto Riesgo y para cada opción describa un Plan de Acción que le permita afrontar mejor esa situación.

A) MI MEJOR OPCION FUE: Opción # 3 “Beber solo 4 cubas” (La opción seleccionada como la “mejor”).

PLAN DE ACCION:

Llegar un poco más tarde que de costumbre (a las 10 de la noche), llevaré poco dinero, me levantaré al baño y le pediré al cantinero una cuba pero con poco brandy, beberé entre cada cuba solo refresco ó agua mineral para quitarme la sed, beberé con sorbos pequeños, beberé despacio, de tal forma que me aguante una cuba al menos 40 minutos, batanearé, y les diré a mis amigos que me siento un poco mal, no dejaré que me rellenen con brandy mi vaso antes de terminar, para saber cuanto estoy bebiendo, planearé de antemano a que hora me iré a casa de tal forma que no se me antoje seguir bebiendo.

desarrollo de su consumo a lo largo de todo el programa. Por lo tanto, el primer punto de análisis durante la sesión consistió en determinar qué tanto cambió su forma de beber. Para esto, durante la sesión se elaboró una gráfica del registro de la frecuencia y cantidad del consumo durante los días del tratamiento, donde se le mostró su progreso al estudiante. Además de revisar el cambio en el patrón de consumo, fue importante analizar con el estudiante qué tan capaz se sentía en ese momento para tener control sobre su forma de beber alcohol; si aprendió a identificar las circunstancias que lo llevaban a beber en exceso; si identificó los eventos que influían para que bebiera en exceso y las consecuencias de su consumo (inmediatas y a largo plazo, positivas y negativas); si sus planes de acción fueron efectivos; y qué tan capaz se sintió para ponerlos en práctica. También, fue importante durante la sesión preguntar al estudiante que más creía que necesitó para mantener su cambio o para lograr su meta.

En el *Ejercicio 4A “Nuevo Establecimiento de Metas”* (Véase FIG. 8), se le pidió al estudiante que definiera la meta de consumo para los siguientes meses, considerando sus avances y posibles tropiezos a lo largo del programa. El análisis

de las metas de consumo se realizó considerando todos los aspectos planteados en la

FIG. 8. EJERCICIO 4. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

¿Cuál es su meta en éste momento? ¿No beber en absoluto? ¿Disminuir su consumo de alcohol?

Marque en el cuadro 1 o en el cuadro 2 la meta que desea alcanzar Mi meta en este momento es:

Cuadro 1

NO BEBER EN ABSOLUTO

Si marcó esta meta, ya no siga respondiendo el ejercicio. Continúe su Auto-registro con este nuevo objetivo en mente. Conteste únicamente las preguntas I y II

Cuadro 2

DISMINUIR SU CONSUMO

Si usted quiere cambiar su establecimiento de meta para los próximos 6 meses debe contestar las siguientes preguntas, tómese algunos minutos para revisar su forma de beber en estas últimas semanas antes de determinar de resolver el ejercicio y conteste cuidadosamente:

Como su meta es beber moderadamente, es necesario que defina como se propone beber de ahora en adelante:

2. En un **DÍA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MÁS DE** ___ copas estándar durante ese día.

3. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** ___ días. (Si planea beber menos de un día por semana ponga una marca en este lugar)___.

Recuerde que esta iniciando un cambio, evite por lo pronto, situaciones o circunstancias en donde considere que va a ser muy difícil controlar su consumo, ahora conteste las siguientes preguntas.

4. Planeo **NO BEBER EN ABSOLUTO** en las siguientes circunstancias

5. Planeo beber **SOLAMENTE** en las siguientes circunstancias:

Usted ya ha descrito su meta de consumo para los siguientes meses. ¿Qué tan motivado se siente para cambiar su actual forma de beber? De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas marcando con una X la respuesta que más se acerque a lo que siente:

I.- En este momento, ¿qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?

0%-----25%-----50%-----75%-----100%

Nada importante Menos importante q ue la mayoría de Tan importante como la mayoría..... Mas importante que la mayoría..... La mas importante importante

II- En este momento, ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?

-----0%----- -----25 %----- ----- 50%--- ----- 75 %----- -----100-----%

Creo que no Tengo cierta confianza - Tengo confianza Tengo bastante confianza Estoy
lograré mi meta. en lograr mi meta. en..lograr mi meta en lograr mi meta totalmente
seguro de lograr
mi meta.

primera sesión. Como parte del ejercicio, se compararon las respuestas del estudiante al comienzo del programa, respecto a la importancia que tienen para él en este momento lograr la meta establecida y qué tan confiado se siente para el logro de ésta.

Otro indicador importante que se retomó durante la sesión, fue la exploración actual de su autoeficacia para enfrentar las diferentes situaciones de consumo medidas por el CCCD-A-50. Este instrumento lo contestó el estudiante durante la sesión y sus respuestas se compararon con la primera aplicación. Lo importante fue que el estudiante observara en qué porcentaje incrementó su autoeficacia para cada situación, especialmente en aquéllas que lo ponían en riesgo de consumir en exceso. Fue importante recordarle al estudiante no olvidar que su meta fue modificar

su forma de beber alcohol, y para que su cambio se mantenga y su esfuerzo tenga resultados; requiere seguir muy alerta con relación a su consumo así como continuar aplicando las estrategias aprendidas. Por otro lado, se le enfatizó que si ocurría una recaída debería enfrentarla como un evento aislado, nunca como un fracaso, sino como una experiencia de aprendizaje. Pensar que es un tropiezo que tiene remedio y recordar que lo puede emplear para refinar o cambiar sus estrategias y así prevenir futuras recaídas.

Al terminar la sesión, se le recordó al estudiante de las sesiones de seguimiento y se le dio cita para su primer seguimiento, un mes después de haber concluido su tratamiento. Para terminar, se le recordó al estudiante que también se citaría a su colateral como parte de las sesiones de seguimiento.

ACA*

Autoregistro de Consumo de Alcohol

El Autoregistro de su consumo de alcohol es una parte importante de este programa. El Autoregistro puede ayudarlo a tener la información exacta acerca de su consumo y cualquier cambio que haga, también le permite evaluar el progreso para alcanzar sus metas.

El Autoregistro puede ayudarlo a identificar las situaciones de alto riesgo al analizar los días en que consumió en exceso. Este tipo de información le permitirá tanto a usted como a su terapeuta desarrollar mejores estrategias y alternativas para las situaciones de consumo problemático. **El Autoregistro** puede también darle información acerca de las situaciones en las que no toma o su consumo es limitado.

Inicialmente algunas personas sienten que el registrar solamente les hace perder tiempo. Además, el tener registros de algunas actividades no es usual. Los deportistas o los vendedores llevan registros de sus progresos con respecto a sus planes de ejercicios o trabajos. **El llevar el Autoregistro de su ejecución puede ayudarlo a lograr sus metas.**

Aunque el **Auto-registro** requiere tiempo y compromiso, los usuarios que auto-registran su consumo reportan que éste les hace comprender mejor cuánto tomaron y qué situaciones están relacionadas con el consumo.

- **Nosotros queremos que Autoregistre** su consumo de alcohol diariamente y **lo lleve a las sesiones de tratamiento.**
- Es importante tener Autoregistros exactos y completos.
- No se calificará como bueno o malo el Autoregistro de la cantidad de alcohol.
- El Autoregistro intenta ayudarlo a usted como a su terapeuta a **tener cambios más efectivos en su consumo.**
- Déle una oportunidad al Autoregistro antes de decidir si puede o no ayudarlo.

Instrucciones

Deberá escribir la fecha en la columna “**Día**” y deberá escribir (1) si hubo consumo, (2) si no hubo consumo y (3) si no hubo necesidad de consumir en la columna “**Consumo**”.

Registre el número de copas que tomó; **cerveza, destilados y vino**, en la columna “**número de copas por tipo de bebida consumida**”. Después escriba el número total de copas al final del día en la columna “**Número total de copas**”. Si usted no tomó en el día escriba "0" en la columna del número total de copas.

En la columna de “**situaciones en las que consumió**”, anote con una “X” si consumió solo o acompañado y si consumió en un lugar público o privado. En la última columna “**pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo**” usted anotará los pensamientos y sentimientos que tuvo antes, durante y después de su consumo.

Recuerde traer sus hojas de Autoegistro cubriendo cada día desde su última cita. Si tiene dudas pregúntele a su terapeuta. INICIE SU AUTOREGISTRO EL DÍA QUE RECIBA ESTE TALONARIO.

*Ayala y col. (2001).

¿Cómo medir una copa estándar?

	Copa estándar
Una cerveza de lata =	1 copa
Una caguama =	3 copas
Una botella de destilados de 1/4 =	6 copas
Una botella de destilados de 1/2 =	12 copas
Una botella de destilados de 3/4 =	17 copas
Una botella de destilados de 1 Lt. =	22 copas
Una botella de vino de 3/4 =	05 copas
Una botella de vino de 1 Lt. =	08 copas

Tips de un Consumo Moderado

Estos son algunos tips por si ha elegido como meta la moderación. El objetivo de estos tips es que si en alguna ocasión decide consumir, lo disfrute y las consecuencias negativas se minimicen.

- Estar bien descansado, relajado y sin presiones.
- Sacar mi sed antes de empezar a consumir.
- Haber comido antes de consumir.
- Botanear mientras consumo.
- Tomar como máximo 4 copas estándar.
- Tomar una copa por hora.
- Dejar pasar 20 minutos antes de consumir la siguiente copa, pensando si realmente quiero la siguiente.
- Poner el vaso lejos de mi alcance.
- Estar en un lugar seguro.
- Aceptar la invitación a beber solamente cuando se desee.
- Conocer la concentración de alcohol en las distintas bebidas.

GUÍA DEL PROGRAMA DE “PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON DEPENDENCIA SUSTANCIAL Y SEVERA AL ALCOHOL (PEREU)”.

Este programa consistió en la administración de 8 a 12 sesiones semanales de tratamiento individual de 50 minutos cada una. De manera específica incluyó: 1. Una sesión de evaluación; 2. Una sesión de retroalimentación personalizada sobre los factores de alto riesgo para el consumo excesivo/dependiente de alcohol, bajo el marco de la entrevista motivacional que ayudó a lograr un compromiso en el cambio en el consumo de alcohol y que culminó con la firma de un contrato de tratamiento; 3. Una sesión en la que se elaboró una jerarquía personal de disparadores para el consumo de alcohol a considerar dentro del tratamiento a través de tareas asignadas a realizar en casa y que derivaron en el establecimiento de una meta terapéutica y el automonitoreo del consumo a lo largo del tratamiento; 4. Cuatro sesiones correspondientes a la “Fase de Iniciación del Cambio” en el consumo, en las que se asignaron tareas a realizar en casa; y 5. Cuatro sesiones correspondientes a la Fase de mantenimiento del cambio” en el consumo. En caso de que los estudiantes no tuvieran una respuesta adecuada al tratamiento después de las tres primeras sesiones eran referidos a otra modalidad. Finalmente, el programa incluyó 4 sesiones de seguimiento: al mes, tres meses, seis y doce meses con el fin de evaluar la eficacia del Programa.

SESIÓN DE EVALUACIÓN

Esta sesión fue la primera que se realizó con el estudiante dentro del programa de tratamiento específico PEREU y fue importante ya que constituyó el primer contacto formal que la terapeuta de este programa efectuó con el estudiante. Una vez que la terapeuta le dio la bienvenida y se presentó formalmente como su terapeuta, procedió a explicarle el objetivo de esta sesión (aplicación de los instrumentos de evaluación que permitieran el diseño de su tratamiento) y le aclaró cualquier duda que tuviera al respecto y sobre este tratamiento en general. Le preguntó si no tenía inconveniente que fungiera como su terapeuta. Cuando se presentó algún inconveniente al respecto por parte del estudiante se le preguntó el porqué y si esto se aclaró y se solventó la situación se procedió con la sesión. En caso contrario se procedió a asignarle una nueva terapeuta, de tal forma que no hubiera ningún inconveniente.

Por otro lado, debido a que la terapeuta ya contaba con información acerca de los patrones de consumo de alcohol, los problemas relacionados con el consumo y de otros factores de riesgo del estudiante con base a la Entrevista Diagnóstica- Prescriptiva (EDP; Quiroga, 2003g), la evaluación se centró en aquellos aspectos necesarios para el diseño del programa específico de cada estudiante y que por sus propósitos no considera la EDP. De esta manera, sólo se consideraron aquellas áreas e instrumentos específicos de evaluación que se complementan con los aplicados previamente en la EDP, tales como los referidos al funcionamiento

psicosocial; razones y compromiso para el cambio; y fortalezas de enfrentamiento y debilidades, lo cual se complementó con una exploración detallada de los principales disparadores del estudiante para el consumo de alcohol un año antes de entrar al tratamiento (los disparadores involucraron estados de ánimo interno, situaciones ambientales y sociales que afectaban a los estudiantes). Las herramientas de evaluación empleada para estos propósitos fueron el "Inventario de Situaciones para el Consumo de Droga-Alcohol" (ISCD-A-50); el Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A) y la "Forma para el Balance Decisional" (FBD). Además, se dejó como tarea la aplicación de la "Forma de Automonitoreo Diario" (FAD), y la FBD. Dichos instrumentos se encuentran en el Anexo 2 (Instrumentos de Evaluación Específica y General para la Planeación, Seguimiento y Evaluación del Tratamiento) y/o al final de esta Guía.

SESIÓN DE RETROALIMENTACIÓN PERSONALIZADA DE LOS RESULTADOS

La retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación se llevó a cabo dentro del enfoque de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991), que ayudó al estudiante a reforzar su decisión para cambiar su conducta de consumo de alcohol. La entrevista motivacional se centró en la exploración de las razones expresadas por el estudiante para cambiar su consumo de alcohol en la FBD, esto es, en los pros y contras percibidos para el cambio; así como en la fortaleza del compromiso para el cambio, complementado por una discusión de los disparadores del estudiante para el consumo y de las fortalezas de enfrentamiento que poseía.

Debido a que la entrevista motivacional es un enfoque diseñado para ayudar a los clientes a desarrollar y a decidir el cambio, la terapeuta asumió la responsabilidad de motivar al estudiante a emplear estrategias para incrementar la probabilidad de que el estudiante se involucrara en llevar a cabo el cambio. La entrevista motivacional resultó particularmente importante para aquellos estudiantes que se encontraban en el estadio de cambio denominado "Contemplación" que se caracterizaban por una extrema ambivalencia y que requería un cuestionamiento y exploración cuidadosa sobre los resultados de la evaluación y preocupaciones de los estudiantes. Durante esta sesión el empleo del enfoque de balance decisional (Appel, 1986) resultó útil al hacer que la terapeuta sopesara los costos y beneficios de continuar o cambiar su consumo de alcohol.

En consecuencia, la terapeuta se apegó a los siguientes lineamientos: 1. Desenfaticó el empleo de etiquetas; la aceptación de la "etiqueta de alcoholismo" fue vista como innecesaria para que ocurriera el cambio; 2. Énfaticó la elección personal del estudiante con respecto al consumo futuro de alcohol; 3. Dirigió la evaluación de manera objetiva, pero se enfocó en sacar las preocupaciones propias del estudiante; 4. Presentó los datos de la evaluación de manera objetiva y clara pero discreta, sin imponer conclusiones al estudiante; 5. La resistencia fue vista como un patrón de conducta interpersonal influenciado por la conducta de la terapeuta; 6. Se enfrentó la resistencia con la reflexión; y 7. Las metas de tratamiento fueron negociadas entre

el estudiante y la terapeuta con base en los datos y aceptabilidad; el involucramiento del estudiante y la aceptación de las metas fueron vistos de una manera crucial.

Previo a la retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación, la terapeuta calificó e interpretó los instrumentos aplicados de acuerdo a sus normas y completó la “Forma de Resumen de la Evaluación”, poniendo atención de si el ISCD-A-50 era indiferenciado, en cuyo caso exploró las posibles razones de esto y de ser el caso volver a aplicar dicho instrumento. Durante la sesión la terapeuta revisó, conjuntamente con el estudiante los hallazgos más sobresalientes de la evaluación, involucrándolo en una discusión de sus razones para querer cambiar su consumo de alcohol, haciéndolo que evaluara los pros y contras del cambio de conducta por medio de la FBD (En caso de que no la hubiera realizado en su casa). A continuación, la terapeuta discutió con el estudiante sus fortalezas y debilidades de enfrentamiento, revisando los disparadores problemáticos del estudiante para el consumo de alcohol, haciendo que sugiriera algunas alternativas provisionales de enfrentamiento

PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

Posterior a la evaluación y retroalimentación gráfica de los resultados con base en la entrevista motivacional, se involucró a cada estudiante en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado. Los pasos incluyeron: i) una revisión de los disparadores específicos y recientes en el consumo de alcohol, en la que él decidió una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a través de una serie de tareas asignadas; y ii) establecimiento de una meta y automonitoreo de los disparadores por parte del estudiante; y iii) la selección de destrezas de enfrentamiento, apoyándose para lo cual, en la “Lista de Chequeo de Destrezas de Enfrentamiento” (LCDE) .

Cabe señalar, que antes de desarrollar el plan de tratamiento, conjuntamente con el estudiante, la terapeuta se aseguró que éste estuviera al menos en el estadio de cambio de “preparación”, de tal forma que estuviera listo para involucrarse con la terapeuta de una manera colaborativa en el diseño del mismo. Una vez que se llegó a una decisión clara para cambiar, fue necesario que el estudiante se comprometiera con un plan de acción específico. Para lograr tal fin, la terapeuta llevó a cabo los siguientes pasos: 1. El establecimiento de metas y el automonitoreo diario del consumo de alcohol; y 2. La identificación de situaciones de consumo problemático; y 3. La firma de un contrato de tratamiento, los cuales se describen a continuación:

Para aquel estudiante que ya se encontraba listo para cambiar, el “establecimiento de metas” y el “automonitoreo diario” resultaron técnicas útiles para motivar la participación del estudiante en la toma de decisión sobre qué necesidades deberían ser incluidas dentro del “plan de tratamiento”. En este sentido, la terapeuta le proporcionó al estudiante una “libreta de monitoreo” para que registrara su meta de consumo de alcohol de la siguiente semana, así como su “nivel de confianza” para alcanzar esta meta; de esta forma, el estudiante monitoreó diariamente

cualquier consumo de alcohol que se realizó, las circunstancias que rodearon su consumo, las situaciones de riesgo para el consumo encontradas y estrategias de enfrentamiento empleadas. La terapeuta motivó a los estudiantes a que emplearan esta información para auxiliarse en la definición de áreas que tenían que ser incluidas para su tratamiento.

Puesto que el PEREU se centró en la exposición planeada del estudiante a las situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol, una parte importante de la preparación del estudiante para el tratamiento involucró llegar a un acuerdo sobre las situaciones de consumo de alcohol más problemáticas. De tal suerte, que el ISCD-A-50 y la FAD proporcionaron la información sobre el tipo de situaciones que habían disparado el consumo de alcohol durante el año pasado y durante la semana previa. Una vez que se discutieron los resultados obtenidos en dichos instrumentos, se le solicitó al estudiante que llevará a cabo un ejercicio en el cual jerarquizará los tres disparadores más problemáticos para el consumo de alcohol que quisiera considerar durante su tratamiento y que proporcionaran ejemplos detallados de experiencias de consumo pasadas en estas situaciones. A continuación, le solicitó que llevará a cabo una decisión explícita, formalizada con la firma de un contrato de tratamiento en el cual manifestaba su deseo de trabajar hacia el cambio en el consumo de alcohol.

FASES DEL PROGRAMA PEREU

El programa PEREU consta de las Fases de “Iniciación” y “Mantenimiento”. La Fase de Iniciación del cambio se centró en las estrategias que se sabe son poderosas en la iniciación de un cambio conductual, mientras que la Fase de Mantenimiento se centró en las estrategias con mayor potencial para el mantenimiento a largo plazo de este cambio (es decir, prevención de la recaída).

FASE DE INICIACIÓN

La Fase de Iniciación incluyó cuatro sesiones y se centró en estrategias adecuadas para aquellos estudiantes que se encontraban en el estadio de cambio denominado “Acción”. Por lo que únicamente aquellos estudiantes que ya habían acordado una decisión explícita para cambiar y firmado un “contrato de tratamiento” fueron admitidos en esta fase del programa. El estudiante y la terapeuta prepararon un “Plan Semanal de Tareas” (PST-FI) para anticiparse a las situaciones de riesgo y planear las alternativas de enfrentamiento, considerando los disparadores problemáticos para el consumo de alcohol identificados previamente por el estudiante para ser incluidos en el plan de tratamiento. De esta manera, la terapeuta ayudó al estudiante a llevar a cabo un análisis funcional de los episodios recientes de consumo de alcohol, para lo cual se incluyó la “Forma para el Análisis Funcional” (FAF).

Los apoyos de la Fase de Iniciación del Cambio más importantes incluyeron: la evitación de situaciones de riesgo para el consumo del alcohol; la involucración de un compañero u otra persona responsable; y un papel relativamente directivo por

parte del terapeuta, por lo que esta se dirigió a lograr que el estudiante aprendiera: 1) a anticipar cuando dichos disparadores (y cualquier otro disparador) tenían probabilidad de surgir durante la próxima semana, y 2) a comprometerse a un curso alternativo de acción de tal forma que no involucrara consumo de alcohol. Durante esta primera fase del PEREU, la terapeuta motivó al estudiante para que empleara planes de enfrentamiento que fueran relativamente seguros. El enfoque se centró en la evitación y la búsqueda del apoyo de otros, por lo que incluyeron la de evitación de escenarios y personas relacionados con el consumo y recurrió al apoyo social por parte de amigos, familiares y otros significativos.

Durante esta fase se emplearon varias formas de automonitoreo para el estudiante (p. ej., el PST-FI, la FAD, la FAF, la “Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento” TAE, el CCCD-A-50, los cuales se encuentran al final de esta Guía), con los cuales se identificaron situaciones para el consumo problemático de alcohol y los niveles de confianza con que contaba el estudiante para resistir el consumo, así como detalles de cualquier caída o recaída experimentada, incluyendo ejercicios de enfrentamiento específicos, en las cuales se registraron las tareas semanales a realizar en casa (ocurrencia de los disparadores anticipados, las respuestas de enfrentamiento propuestas, el enfrentamiento utilizado y los resultados obtenidos). Cabe señalar, que el CCCD-A-50 se administró periódicamente durante todo el curso del tratamiento con la finalidad de supervisar el crecimiento de la confianza del estudiante (autoeficacia) para enfrentar los disparadores del consumo de alcohol a través de las ocho áreas de riesgo para la recaída.

FASE DE INICIACIÓN (SESIONES 1-4)

Durante las cuatro sesiones de esta fase, las cuales se centraron en la evitación de situaciones de consumo y en la búsqueda de apoyo social de amigos y familiares, la terapeuta revisó con el estudiante los “Formatos Semanales de Tarea” realizados por este último, procediendo a identificar las situaciones de consumo problemático de alcohol y discutió con él los problemas surgidos. Asimismo, se discutieron los fundamentos del Análisis Funcional y el “ABC” del consumo de alcohol y las situaciones de riesgo que anticiparía el estudiante para las próximas semanas y las posibles alternativas de enfrentamiento a emplear. Se completaron las dos partes superiores del “Plan Semanal de Tareas” y el CCCD-A-50. Finalmente, la terapeuta dirigió el Análisis Funcional de un episodio reciente de consumo de alcohol (en caso de que lo hubiera) y le dejó como tarea al estudiante que llevara a cabo el “Monitoreo Diario”.

FASE DE MANTENIMIENTO (SESIONES 5-8)

La segunda fase o Fase de Mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaídas) implicó de 4 a 8 sesiones y se centró en estrategias adecuadas para aquellos estudiantes que ya se encontraban en el estadio de cambio denominado “Mantenimiento”. Estos fueron estudiantes que ya habían alcanzado un cambio exitoso en su consumo de alcohol por un periodo mínimo de 60 días, lo cual fue

determinado por medio del ACC-A (Véase el Anexo 2 Instrumentos de Evaluación Específica y General para la Planeación, Seguimiento y Evaluación del Tratamiento). Esta Fase incluyó: 1) una exposición graduada del estudiante a situaciones problemáticas de alto-riesgo para el consumo de alcohol; 2) la asignación de múltiples tareas a realizar en casa dentro de cada tipo de situación de riesgo para el consumo de alcohol; 3) el desvanecimiento del empleo de ayudas externas para la ejecución; y 4) el diseño de tareas a realizar en casa que promovieran la autoatribución del control.

En esta fase el estudiante y el terapeuta prepararon el plan semanal de tareas para enfrentarse a situaciones de riesgo y planearon alternativas de enfrentamiento. El enfoque se centró en la exposición a situaciones de riesgo. Por otro lado, se retiraron, gradualmente, las ayudas usadas en la fase de iniciación para enfocarse en las estrategias de enfrentamiento que dependieron sólo del estudiante. Las estrategias se diseñaron para ayudar al estudiante a desarrollar confianza (auto-eficacia), para empezar a ser capaz de enfrentar con éxito a los disparadores del consumo de alcohol. La planeación en la asignación de tareas involucró la exposición gradual del estudiante a los disparadores que cada vez iban incrementando en su dificultad; animar al estudiante para que se anticipara a las situaciones identificadas de alto riesgo; y practicar las nuevas estrategias de afrontamiento seleccionadas por el estudiante a partir de la “Lista de Chequeo de Destrezas de Enfrentamiento” (LCDE).

Las respuestas de enfrentamiento variaron en complejidad y calidad, fueron desde conductas sencillas (tal como la evitación), hasta estrategias cognoscitivas complejas (tal como manejo de pensamientos negativos). Algunos estudiantes emplearon enfrentamientos efectivos basados en sus fuerzas y recursos, pero la mayoría de los estudiantes se beneficiaron al adquirir y practicar un mayor repertorio de habilidades de enfrentamiento con base en la siguientes temas: 1. Enfrentar los deseos intensos; 2. Estrategias iniciales de enfrentamiento; 3. Incremento del apoyo social; 4. Rechazo del alcohol y otras drogas; 5. Manejo del malestar físico; 6. Solución de problemas; 7. Espiritualidad y recuperación; 8. Asertividad; 9. Enfrentar el aburrimiento; 10. Manejo del enojo; 11. Relajación; 12. Enfrentar sentimientos desagradables y traumas; 13. Técnicas del manejo de los recuerdos y emociones desagradables; 14. Enfrentar la ansiedad; 15. Enfrentar el duelo; 16. Relaciones saludables.

La elección inicial de los temas se guió por las percepciones del estudiante sobre aquellas áreas que representaban un riesgo de recaída serio e inmediato. El inventario de las Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50) y la Lista Checable de Destrezas de Enfrentamiento (LCDE) ayudó a la terapeuta a elegir el entrenamiento apropiado de la asignación de las habilidades. En general, los estudiantes encontraron como más útiles en la fase inicial de tratamiento los siguientes temas: 1. Rechazo del alcohol; 2. Enfrentamiento de los deseos intensos; 3. Estrategias iniciales de enfrentamiento; y 3. Incremento del apoyo social. Sin

embargo, para mantener comprometido al estudiante en el tratamiento, la terapeuta se mostró flexible y consideró las preferencias del estudiante.

Durante las sesiones la terapeuta repasó conjuntamente con el estudiante las tareas asignadas en cada semana y que se encontraban resumidas en el “Plan Semanal de Tareas” (PST-FM) y discutió con él cualquier problema que se hubiera presentado. La terapeuta motivó al estudiante a desarrollar el PST-FM que involucrara su exposición a situaciones de riesgo desafiantes pero que se sintiera confiado para manejarlas. Completó parte del PST-FM; le ayudó a preparar las nuevas destrezas de enfrentamiento que probaría en dichas situaciones de riesgo; discutió y asignó algún tema de destrezas de afrontamiento pertinentes para el estudiante y le proporcionó la tarea que incluyó, básicamente, el PST-FM, la FAD y el CCCA-50 y la asignación de destrezas de enfrentamiento. Además, al final de esta fase de tratamiento se incluyó el ejercicio “Si yo Fuera a Recaer” y el “Cuestionario de Satisfacción del Cliente” (CSC). Todos estos instrumentos se encuentran al final de esta Guía y/o en el ANEXO 2.

Cabe señalar que existieron ciertas diferencias entre el “Plan semanal de Tareas” (PST-FM) aplicado en esta fase con respecto al empleado en la fase de iniciación correspondiente al “estadio de acción”. Por ejemplo, mientras que el plan semanal empleado en la fase de iniciación (PST-FI) se centró en la anticipación de disparadores con probabilidad de surgir de manera natural en la próxima semana, los estudiantes en el “estadio de mantenimiento” fueron requeridos para que adicionalmente tomaran pasos que proactivamente los expusieran a situaciones de alto riesgo que hubieran sido identificadas como problemáticas. Por otro lado, en términos de las estrategias de enfrentamiento, los estudiantes en el “estadio de acción” fueron motivados para que emplearan la evitación (p. ej., evitación de escenarios y personas relacionados con el consumo de alcohol), apoyo social (p. ej., amigos o miembros familiares), en cambio, con los estudiantes en el “estadio de mantenimiento” se les motivó para que desarrollaran un repertorio amplio de destrezas de afrontamiento conductuales, cognitivas y afectivas.

TRATAMIENTO

El tratamiento empezó con un análisis de las situaciones de alto riesgo para el consumo del estudiante evaluado por medio del “Inventario de Situaciones para el Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50) y el establecimiento de una jerarquía individual de situaciones de riesgo de consumo, encabezada por la situación de menor riesgo. El propósito del tratamiento fue incrementar la autoeficacia del estudiante a través de todas las situaciones de consumo dentro de la jerarquía, enfocándose en lograr que los estudiantes realizaran tareas en casa que progresivamente consideraran situaciones de consumo de mayor riesgo dentro de su ambiente natural e intentaran respuestas alternativas de enfrentamiento. Las tareas a realizarse en casa se diseñaron de tal forma que promovieran los efectos de mantenimiento que se reflejaran en importantes ganancias sobre la confianza o autoeficacia del estudiante. El Cuestionario de Confianza para el Consumo de

Drogas-Alcohol (CCCD-A-50) se empleó con el fin de monitorear el progreso durante el tratamiento y en el desarrollo de la autoeficacia a lo largo de todas las situaciones de riesgo de consumo. El tratamiento se llevó a cabo en 8 sesiones, aproximadamente.

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

EVALUACIÓN DE LAS SITUACIONES DE ALTO-RIESGO PARA EL CONSUMO

Al inició del tratamiento, el estudiante contestó el ISCD-A-50, a partir del cual se elaboró el Perfil del Estudiante, el cual es un retrato gráfico de las situaciones de riesgo de consumo del estudiante y que proporcionó un marco de referencia importante para dirigir y estructurar el tratamiento en las primeras fases del mismo. En la sesión inicial de tratamiento, el terapeuta le mostró al estudiante su perfil y le preguntó: ¿Este eres tú?. A continuación lo invitó a que discutiera cómo su consumo variaba a lo largo de los diferentes tipos de situaciones y que se centrara en aquellas áreas de alto riesgo para el consumo. Esta discusión sirvió para darle retroalimentación al estudiante sobre sus resultados de evaluación y presentarle el enfoque situacional para percibir su problema de consumo, al tiempo que lo involucró dentro del proceso de tratamiento como un colaborador activo.

Inicialmente, la terapeuta quiso saber, con base en otras fuentes de información, si el perfil era un reflejo preciso de la conducta de beber del estudiante. Al discutir el perfil con el estudiante, el terapeuta intentó determinar si el estudiante estaba tratando de presentar una perspectiva no favorable (p. ej., un perfil muy elevado), o favorable (un perfil muy bajo) de su conducta de consumo, así como de si existía alguna demanda o incentivo externo para que se mostrara de esta manera, o bien, si existía alguna razón para pensar que el consumo se había vuelto una conducta altamente generalizada a través de todas las categorías de situaciones de riesgo, a fin de considerar la conveniencia de iniciar el presente programa de prevención estructurada de recaídas o bien instrumentar el componente motivacional.

DESARROLLO DE UNA JERARQUÍA DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO

Una vez terminada la discusión y elaboración del Perfil del estudiante, la terapeuta lo involucró en la tarea de desarrollar una jerarquía de las situaciones específicas de riesgo de consumo, empezando con la de menor riesgo y terminando con la de mayor riesgo. La terapeuta se aseguró que el estudiante comprendiera que esta jerarquía constituiría la base para el desarrollo de las tareas en casa y que involucraría un proceso de ir progresando a situaciones de mayor riesgo de consumo en el curso del tratamiento, de tal forma que una vez que tuviera éxito con las de menor riesgo, de acuerdo con dicha jerarquía, las tareas en casa implicarían una exposición a situaciones de mayor riesgo y por ende situaciones más difíciles. A continuación, la terapeuta identificó, en colaboración con el estudiante, dos o más situaciones específicas dentro de cada una de las categorías de alto riesgo del perfil

del estudiante. (Por ejemplo, para un estudiante con un alto nivel en la categoría de “emociones desagradables”, una situación problema para el consumo involucró el enfrentarse con sentimientos de soledad, una vez que regresaba a su departamento después de ir a clases, en tanto que para otro el consumir fue en respuesta a sentirse deprimido por haber reprobado un examen). Una vez que la terapeuta terminó la identificación de situaciones en cada una de las categorías de alto-riesgo, procedió a realizar un micro-análisis de cada evento. Esto es, se determinó: ¿Cuándo ocurrió el consumo? ¿En dónde se encontraba el estudiante? ¿Quién estaba presente además del estudiante? ¿Qué exactamente ocurrió antes y después de que ocurriera el consumo? ¿Cómo lo valoró el estudiante –esto es, qué pensó y sintió el estudiante antes, durante y después del suceso? ¿Cuál fue el nivel actual de autoeficacia o confianza de que pudiera enfrentar exitosamente una situación similar en este momento?. Tal análisis detallado de ejemplos recientes de situaciones problemáticas de consumo sugirió estrategias de intervención que resultaron útiles, al tiempo que proporcionaron información de cómo la situación debería ser jerarquizada en términos de dificultad.

Cabe señalar que dicha jerarquía requirió de revisiones frecuentes a lo largo del curso del tratamiento y resultó ser extremadamente importante en la medida en que le aclaró al estudiante como se llevaría a cabo el tratamiento, proporcionado una serie de indicadores de progreso del tratamiento al avanzarse en la jerarquía, estableciendo una comprensión compartida entre el estudiante y terapeuta en lo que se necesitaba llevar a cabo.

IDENTIFICACIÓN DE FORTALEZAS Y RECURSOS

Las fortalezas, apoyo, y respuestas de enfrentamiento con que contaba el estudiante constituyeron recursos invaluable para prevenir la recaída, constituyendo el cimiento para el desarrollo de las tareas exitosas a realizar en casa. En este sentido, la terapeuta hizo consciente al estudiante de la amplia variedad de fortalezas con que contaba y lo motivó a que aprendiera a utilizarlas de manera efectiva. Aquellas respuestas de enfrentamiento que el estudiante empleaba exitosamente en otras áreas resultaron muy efectivas, haciéndoles tan solo alteraciones menores para el abordaje de situaciones de consumo problemáticas. Por otro lado, otras personas significativas en la vida de los estudiantes, tales como novias y familiares fueron importantes en proporcionar apoyo, entusiasmo e involucración activa en ayudar a los estudiantes a que abordaran su problemas de consumo de alcohol.

La tarea de la terapeuta en este punto de la planeación del tratamiento se dirigió al establecimiento del repertorio general de conductas de enfrentamiento, fortalezas personales y recursos ambientales. El proceso de revisar el repertorio del estudiante brindó una mejor estimación de las posibilidades existentes del estudiante y le proporcionó una oportunidad de que se centrará en los éxitos previos y capacidades existentes más que en los fracasos. Por lo cual se exploraron los recursos de las siguientes áreas por medio del “Cuestionario de Exploración de

Recursos Ambientales, Conductuales, Cognitivos y Afectivos” (CERACCA, Quiroga 2003):

ÁREA DE APOYO AMBIENTAL. La terapeuta le hizo al estudiante las siguientes preguntas: ¿Existen amigos o miembros de tu familia que te hayan apoyado antes o que pudieran o quisieran apoyarte ahora? ¿Hay personas en tu trabajo o escuela a quienes se les pudiera llamar cuando se te presenta algún problema? ¿Existe alguna agrupación (Alcohólicos Anónimos) a algún individuo (sacerdote) a quien podrías y desearas acudir?

ÁREA DE ENFRENTAMIENTO CONDUCTUAL. La terapeuta le hizo al estudiante las siguientes preguntas ¿Has intentado en el pasado resolver tus problemas de beber, empleando algo constructivo y que te haya resultado exitoso, aunque fuera temporalmente? ¿Has intentado alguna actividad alternativa en lugar de beber alcohol y que tomó su lugar, aún cuando no la hayas continuado? ¿Has buscado información o consejo de parte de tu familia o amigos? ¿Has sido capaz de evitar exitosamente o abandonar una situación de alto-riesgo para el consumo de alcohol, sin consumirlo?

ÁREA DE ENFRENTAMIENTO COGNITIVO. La terapeuta exploró si el estudiante era capaz de razonar, ver conexiones entre las acciones y consecuencias, planear formas alternativas de manejar las situaciones; Si era capaz de estimar los beneficios de no consumir alcohol y pensar si podría beneficiar personalmente de mantenerse abstinentes; Si era capaz de distraerse pensando en otras cosas o imaginándose un resultado positivo cuando se confrontaba con las urgencias y tentaciones de consumir.

ÁREA DE ENFRENTAMIENTO AFECTIVO. La terapeuta exploró si el estudiante era capaz de encarar los pensamientos o emociones negativas y valorar los sentimientos de control y autodisciplina; Si tenía creencias espirituales sólidas que le proporcionaran confort; si aceptaba de manera pasiva las cosas que no podían cambiarse; si contaba con respuestas para liberar la tensión o el enojo.

Las fortalezas actuales del estudiante en cada uno de las áreas de recursos previamente exploradas fueron consideradas, conjuntamente con cualquier otra idea que el estudiante deseara probar para realizar un enfrentamiento exitoso. Tanto la terapeuta como el estudiante recurrieron a dicha lista cuando discutieron el diseño de las tareas a realizar en casa. La terapeuta motivó al estudiante a que utilizara las fortalezas identificadas cuando se enfrentara con las situaciones de consumo que no se hubieran anticipado. De manera general, la terapeuta motivó al estudiante a hacer uso del mayor número y variedad de alternativas de enfrentamiento posibles.

DISEÑO DE LAS TAREAS EN CASA

El entrenamiento en prevención de recaídas se centró en que el estudiante enfrentara las situaciones de consumo problemáticas dentro de su ambiente natural

y de que experimentara éxito en el enfrentamiento. El terapeuta expuso al estudiante de manera gradual, a lo largo del curso del tratamiento, a situaciones de consumo progresivamente más riesgosas de acuerdo a su particular jerarquía hasta que logró tener éxito en enfrentar todas las áreas identificadas de riesgo de consumo. El terapeuta puso especial cuidado en que durante las primeras etapas del tratamiento las tareas en casa estuvieran diseñadas de tal forma que el estudiante experimentara dominio y empezara a desarrollar confianza (autoeficacia) en su capacidad de enfrentar las situaciones relacionadas con el consumo. Se acordaron múltiples tareas a realizar en casa (tres o más) en cada sesión de terapia, de tal suerte que el estudiante rápidamente experimentó éxito en el enfrentamiento a través de una variedad de áreas problema. Estas tareas a realizar en casa consideraron una variedad muy amplia de fortalezas y recursos posibles. Al final del tratamiento, el estudiante se encontró asumiendo la principal responsabilidad para el diseño de todas las tareas a realizar en casa.

Al inicio del tratamiento, cada estudiante recibió una “tarjeta de consumo” del tamaño de una cartera y una “libreta semanal de tareas” a realizar en casa. Todas las tareas a realizar en casa correspondientes a la siguiente semana en las que se había acordado realizar fueron anotadas en la “libreta del estudiante”, mismas que fueron revisadas en el inicio de la siguiente sesión de tratamiento. Resultó muy importante que se tuviera al menos un plan tentativo de acción al inicio del tratamiento y de que este fuera individualizado. Se instrumentaron cinco tipos de tareas a realizar en casa que resultaron relevantes para abordar los problemas en todas las categorías de situaciones de riesgo de consumo, las cuales se delinearán a continuación:

MONITOREO DE LAS SITUACIONES Y COGNICIONES ESPECÍFICAS. Esta tarea básica en casa se empleó frecuentemente en los inicios del proceso del tratamiento, aún cuando tuvo una importante función para algunos estudiantes a lo largo de todo el curso del tratamiento. Cuando un estudiante indicó que una área particular resultaba problemática (p. ej., el estudiante experimentaba una urgencia y deseos de consumir o sentimientos de enojo o tensión que lo llevarían a consumir) pero se encontraba incapaz de describir con detalle ejemplos específicos recientes de este tipo de eventos, resultó útil hacer que el estudiante monitoreara diariamente todos los casos en que surgían (esto es, todos los casos en que las urgencias y deseos de consumir se experimentaran o surgieran sentimientos de enojo o tensión), registrando inmediatamente los eventos antecedentes, pensamientos y sentimientos asociados y las respuestas de enfrentamiento efectuadas. El proceso de automonitoreo, centrado en la atención del estudiante en las áreas problema, resultó útil en detectar eventos disparadores antecedentes importantes para la planeación de formas alternativas para manejar la situación. De esta manera, las tareas a realizar en casa fueron significativas para los estudiantes debido a que estuvieron basadas en una clara percepción de los antecedentes específicos del consumo.

ANTICIPACIÓN DE SITUACIONES PROBLEMA. Una de las destrezas más importantes que aprendieron los estudiantes fueron las de anticipar cuando surgiría una situación difícil de consumo, de tal forma que hubiera tiempo de planear una respuesta de enfrentamiento, antes de encontrarse con la situación. La terapeuta motivó al estudiante para que revisara los probables eventos que pudieran presentarse la próxima semana y que señalara cuándo podrían surgir situaciones problemáticas para cada área problema. Por ejemplo, si la presión social para consumir fue un área problema que se identificó, el estudiante trató de anticipar cuándo y dónde podría encarar tal presión. Si el estudiante tenía dificultad para anticipar las situaciones de presión social, resultó útil el automonitoreo concurrente de cuando surgían estas situaciones, a fin de detectar patrones predictivos de ocurrencias futuras. El prevenir de manera frecuente, es lo que hace la diferencia crítica en si un estudiante puede o no instrumentar exitosamente una respuesta de enfrentamiento apropiada.

PLANEACIÓN Y ENSAYO DE RESPUESTAS ALTERNATIVAS. Una vez que el estudiante identificó una situación específica de alto-riesgo de consumo y el momento probable de su ocurrencia, se le pidió que planeara y ensayara (al menos mentalmente) un número posible de maneras alternativas de enfrentar la situación. Por ejemplo, si el ofrecérsele una copa cuando visitaba a un amigo particular resultaba problemático, se le solicitó que generara un número posible de planes de acción alternativos. Se le pidió que señalara exactamente ¿Qué iba a decir y hacer? ¿Cuáles serían las consecuencias probables?; ¿Cómo se sentiría? ¿Se sentía confiado de llevar a cabo el plan? Con respecto al plan considerado ¿Qué parte le gustaría experimentar primero? Tales tareas le permitieron al estudiante considerar nuevas manera de enfrentar y encontrarse mentalmente preparado y confortable con el plan antes de ponerlo en práctica. En la medida de lo posible en que se propició el ensayo conductual de los planes de la sesión terapéutica (p. ej., juego de roles de rechazo de copas, pedir una bebida sin alcohol, declinar una invitación social, o sugerir una actividad alternativa para la tarde) y estar mentalmente preparado con planes de acción bien ensayados, incrementó los sentimientos de autocontrol y confianza de los estudiantes en mostrarse capaz de controlar las situaciones de alto-riesgo y de experimentar con nuevas formas de afrontamiento.

Los estudiantes también estuvieron preparados con planes de acción para aquellos casos en que se presentó consumo. En tales casos, la terapeuta motivó al estudiante a que considerara un rango de apoyos ambientales y estrategias conductuales, cognitivas y afectivas de enfrentamiento que pudieran efectuarse (p. ej., llamar a la terapeuta o a un amigo, dejar el lugar, rechazar la siguiente copa, considerar los beneficios positivos de no consumir, estar orgulloso de ejercer control). Los estudiantes también aprendieron a confrontar la posibilidad de consumir un sorbo y tener para tal fin planes bien desarrollados a fin de manejar dicha situación de una manera constructiva. Fue importante que la terapeuta los convenciera de la creencia de que eran capaces de ejercer control y dejar su copa en cualquier punto y que el consumo de una copa presentaba una oportunidad para

que aprendieran acerca de sus debilidades y de que aprendieran maneras más efectivas de enfrentamiento.

PRÁCTICA DE NUEVAS CONDUCTAS EN SITUACIONES CADA VEZ MÁS DIFÍCILES. Al desarrollar y ensayar conductualmente estrategias de enfrentamiento para el manejo de situaciones de consumo problemáticas, los estudiantes se encontraron listos para la exposición de tales situaciones de tal forma que el dominio podría ser experimentado en la instrumentación de nuevas conductas de enfrentamiento. Las tareas a realizar en casa de esta naturaleza en la que los estudiantes ingresaron de manera progresiva a situaciones de consumo de más riesgo en sus jerarquías, constituyeron la esencia del entrenamiento en la prevención de recaídas. La terapeuta evitó exponer a los estudiantes a las tareas muy difíciles durante las primeras etapas del tratamiento debido a que era muy importante que experimentaran éxito en un principio, por lo cual resultó muy útil el empleo de una variedad de “ayudas” externas que garantizaron la realización de las tareas a realizarse en casa. Esto implicó el involucramiento de la terapeuta, novia, amigos, familiares u otro significativo.

Otra estrategia para iniciar un cambio en la conducta de consumo de alcohol que resultó útil al inicio del tratamiento, fue hacer que los estudiantes evitaran ciertas situaciones de consumo altamente problemáticas. Fue importante que la terapeuta estuviera consciente de que aún cuando estas estrategias constituían métodos excelentes para poner rápidamente bajo control la conducta de consumo de alcohol, sin embargo, tenían poca probabilidad de que tuvieran efectos duraderos para el desarrollo de la confianza de los estudiantes y en la prevención de futuras recaídas. Esto es, el desarrollo de la autoeficacia y de fuertes efectos de mantenimiento requirieron que los estudiantes atribuyeran su mejoría a un incremento en su propia capacidad para enfrentarse directamente con las situaciones de consumo de alcohol. Por lo tanto, la terapeuta se aseguró de que las estrategias de evitación de situaciones comunes de riesgo para el consumo o el apoyo brindado por otros significativos e inclusive de la misma terapeuta se desvanecieran antes de que los estudiantes fueran dados de alta del tratamiento.

De manera particular, en los estadios avanzados del tratamiento, las tareas a realizar en casa se diseñaron de tal manera que promovieran sólidos efectos de mantenimiento (reflejados en los altos porcentajes de autoeficacia obtenidos) de tal suerte que previnieron recaídas. De igual manera, esto se reflejó en las siguientes comentarios realizados por los estudiantes: “La tarea fue un reto” (el estudiante percibió que en el pasado la situación probablemente hubiera producido un consumo excesivo), “Sólo requirió un poco de esfuerzo” (el estudiante evaluó que el esfuerzo no fue muy aversivo), “Solo necesité un poco de ayuda” (el estudiante consideró el éxito como una victoria personal y no atribuible al terapeuta u otra persona significativa), “El éxito lo logré poco a poco” (el estudiante percibió un patrón de mejoría constante en el problema de consumo), “Demosté un control personal en el consumo” (el estudiante atribuyó el éxito a un crecimiento en la capacidad personal),

“el éxito dependió en mucho de la solución de mis problemas de relación con los demás” (el estudiante percibió el éxito como un reflejo de un área crítica de su problema de consumo). En aquellos casos en los que los estudiantes ejecutaron las tareas en casa exitosamente, pero que no parecieron aumentar la confianza, la terapeuta exploró estas seis dimensiones de comentarios que pudieran indicar en donde residía el problema y sugerir modificaciones en las tareas asignadas.

SEÑALAMIENTO DE MEJORÍA EN COMPETENCIAS. Finalmente, al haberseles solicitado a los estudiantes que señalaran ejemplos de mejorías en competencias en el manejo de situaciones que anteriormente resultaban problemáticas, tuvo un papel importante en la consolidación de las ganancias del tratamiento. Esto es, a lo largo del tratamiento, la terapeuta les pidió a los estudiantes, como método de reforzar el progreso que estaban logrando, que revisaran cómo sus conductas en diferentes situaciones de riesgo habían cambiado. La terapeuta los motivó a que tomaran una perspectiva multidimensional de su problema de consumo de alcohol y que señalaran ejemplos de mejoría en su competencia con cada una de las diferentes áreas de riesgo. El que tuvieran algún fracaso en lograr avanzar con respecto a algún área o que ocurriera algún consumo no negaba las ganancias reales obtenidas en su competencia al enfrentar otro tipo de situaciones de riesgo. Esta perspectiva multidimensional contextualizó a los éxitos y experiencias de fracaso. Cualquier situación o evento, ya fuera que se hubiera manejado exitosamente o resultara en un episodio de consumo se reflejó en un sólo aspecto del consumo de alcohol. Al señalar ejemplos específicos de mejoría en la competencia, los estudiantes aprendieron que la mejoría implicaba ganancias en el enfrentamiento, con retrocesos ocasionales a lo largo de un rango de situaciones de riesgo para el consumo.

MONITOREO DE RESULTADOS Y CAMBIOS EN LA AUTOEFICACIA

Al inicio, a la mitad y durante la alta del tratamiento, el estudiante contestó el cuestionario de confianza situacional, dado que el propósito del mismo era incrementar la autoeficacia a través de todas las áreas de riesgo percibido para el consumo de alcohol. En caso de que un estudiante fracasara en incrementar la confianza en enfrentar un tipo particular de situación de riesgo se consideró trabajar más en dicha área antes de que se le diera de alta del tratamiento. En tal caso, la terapeuta analizó las posibles causas para la falta de confianza en el área identificada. ¿Había el estudiante ejecutado las tareas a realizar en casa de manera exitosa en esa área en particular? Si este era el caso ¿Cuáles había sido los comentarios que hizo el estudiante acerca de tal experiencia? ¿Fueron los comentarios del estudiante consistentes con las seis dimensiones visitas anteriormente y que se sabe promueven ganancias en la autoeficacia? Tal exploración por parte de la terapeuta proporcionó razones potenciales del porque de la falta de confianza del estudiante en relación con un área de riesgo en particular y dio sugerencias que trabajo adicional era necesario llevar a cabo antes de darlo de alta del tratamiento.

PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS

Resumen de la Evaluación

ANTECEDENTES

Nombre _____ No. De exp. _____

Teléfono de casa _____ Tel. del trabajo. _____

Dirección _____ C.P. _____

Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____ Años de Educación _____

Ocupación _____

Situación laboral actual _____

Situación Legal actual _____

Primera droga por la cual el cliente busca tratamiento _____

Segunda droga _____

Otras características notables presentes _____

Uso de Alcohol

No. de años de consumo problemático _____ Recibió tratamiento en el pasado ¿si o no? _____

Descripción del tratamiento _____

Puntajes de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA):

Ninguna Baja Moderada Media Severa

Consecuencias del uso de Alcohol: SI NO

Descripción de las consecuencias _____

Breve resumen de la línea base _____

Meta del uso de alcohol:

Abstinencia Reducción Indeciso No cambiar No aplica

Uso de drogas _____

No. de años del problema de drogas _____ Recibió tratamiento
en el pasado _____

Descripción del tratamiento _____

Puntajes de la Escala de Dependencia de Drogas DAST

Ninguno Baja Moderada Media Severa

Consecuencias del uso de Drogas: SI NO

Descripción de las consecuencias _____

Resumen de la historia del uso de droga

Meta en el uso de droga:

Abstinencia Reducción Indeciso No cambiar No aplica

Disposición para el Consejo PEREU:

Principales razones para cambiar:

Compromiso para cambiar:

Precontemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento

Principales pros para cambiar _____

Principales contras para cambiar _____

IDTS (situaciones de consumo excesivo en el año previo _____

Perfil de IDTS:

Diferenciado Moderadamente diferenciado Indiferenciado

Puede el cliente identificar algunos disparadores para el uso: SI NO

Descripción de los disparadores _____

Estrategias de Enfrentamiento usadas _____

Estrategias de enfrentamiento raramente usadas _____

Otros comentarios _____

FBD
FORMA PARA EL BALANCE DECISIONAL*

¿CAMBIAR O NO CAMBIAR?



Uno de los primeros pasos hacia el cambio exitoso de su uso de alcohol es llegar a una decisión clara de que usted quiere cambiar. En este ejercicio, se le solicita que piense acerca de las cosas buenas y no tan buenas sobre cambiar versus no cambiar su consumo de alcohol.

Llene en la tabla de abajo algunas de las ventajas y desventajas importantes de cambiar. ¿Qué tiene que perder?, ¿qué tiene que ganar?. Es decir, "evalúe" sus razones para cambiar. **Hacia donde se inclina su balance decisional.**

CAMBIAR SU INGESTA DE ALCOHOL

QUE HAY DE BUENO en cambiar mi consumo

QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo

--	--

CONTINUAR CON SU INGESTA ACTUAL DE ALCOHOL

QUE HAY DE BUENO en cambiar mi consumo

QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo

--	--

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

PEREU

CONTRATO DE TRATAMIENTO*

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Mi terapeuta discutió conmigo mis metas relacionadas a mi consumo de alcohol y mis razones para querer cambiar dicho patrón. También me explicó el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas.

Yo he tomado la decisión de que deseo trabajar arduamente para cambiar mi consumo de Alcohol. Entiendo que para permanecer en el mismo debo cumplir totalmente con los siguientes términos:

Yo acepto lo siguiente:

1. ASISTENCIA

Estaré a tiempo en todas las sesiones de tratamiento. Si Yo estoy enfermo o si se me presenta una emergencia, llamaré a mi terapeuta para cancelar y reprogramar una cita.

2. CONSUMO DE ALCOHOL

Se espera que yo permanezca totalmente comprometido en cambiar mi uso de alcohol (u otras drogas). Si yo violo mi meta de uso de sustancia, Yo discutiré todos los detalles abiertamente con mi terapeuta.

3. PARTICIPACIÓN

Yo estoy de acuerdo en participar totalmente en el proceso del tratamiento. Esto incluye:

*Completar las tareas asignadas. Yo completaré mi automonitoreo y los ejercicios de tarea que se me asignen semanalmente.

*Abstenerme de Conductas **disruptivas**. Yo me abstendré de cualquier amenaza verbal o no verbal hacia el personal, otros clientes o propiedad del centro.

*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo.

4. CONFIDENCIALIDAD.

Yo entiendo que mi progreso del tratamiento será documentado. Yo entiendo que el personal mantendrá la confidencialidad completa, excepto cuando la ley lo requiera . Las excepciones a la confidencialidad incluyen:

***La necesidad clínica de consultar con otros miembros del equipo terapéutico.**

*Cita o llamada de un juez.

*Información respecto a enfermedades infecciosas particulares.

*La información médica en el caso de una emergencia (entregarla para la asistencia médica).

*Sospecha de abuso infantil.

*Haber cometido o amenaza de cometer crímenes violentos.

*La información con respecto a los riesgos que involucra la operación de un vehículo de motor.

Yo entiendo que puede haber ocasiones cuando las sesiones del tratamiento serán observadas por el personal autorizado, estudiantes o una comunidad de profesionales del sistema de salud (personalmente o a través de un espejo de sentido único) con propósitos de entrenar, planeación de tratamientos y desarrollo de programas. Todas las pautas de confidencialidad del personal aplicarán en estos casos.

Yo he discutido estas condiciones con mi terapeuta y estoy de acuerdo en seguirlos.

Firma del cliente

Firma del testigo

Firma del terapeuta

Fecha: _____

ISCPA
IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL*

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Parte 1. Debe ser llenada o completada con su terapeuta revisando los resultados de su evaluación en el Inventario de Situaciones del Consumo de Drogas (IDTS-A- 50).

Parte 2. Puede ser llenada o completada durante la sesión con su terapeuta, o puede proporcionarse como tarea y traerla para la siguiente cita.

PARTE 1

Las Situaciones que han disparado mi uso de alcohol durante el último año son:
(Circule tantas como sean aplicables en su caso)

1. **Emociones Desagradables** (por ejemplo, cuando yo estaba enojado(a), frustrado(a), aburrido(a), triste o ansioso(a)).
2. **Malestar Físico** (por ejemplo, cuando yo estaba sintiéndome enfermo(a) o con dolor).
3. **Emociones Agradables** (por ejemplo, cuando yo estaba disfrutando o estaba sintiéndome feliz).
4. **Probando el Control Personal** (por ejemplo, cuando yo empecé a creer que podía controlar el alcohol).
5. **Impulsos y Tentaciones para el Uso** (por ejemplo, cuando yo caminé frente a un bar o vi algo que me recordó al alcohol).
6. **Conflicto con Otros** (por ejemplo, cuando yo estaba discutiendo o no me estaba llevando bien con alguien).
7. **Presión Social para Usar** (por ejemplo, cuando alguien me ofreció alcohol).
8. **Momentos Agradables con Otros** (por ejemplo, cuando yo había salido o estaba en una fiesta con mis amigos).

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

En términos de mi frecuencia del problema de consumo de alcohol , Yo jerarquizaría las situaciones disparadoras que circulé anteriormente de la siguiente manera:

1. El problema más frecuente: _____

2. La siguiente más frecuente: _____

3. La siguiente más frecuente: _____

PARTE 2

Su Terapeuta le ha ayudado a identificar tipos generales de situaciones que han disparado su problema de beber alcohol durante el último año. Para contestar esta parte usted debe considerar las situaciones que clasificó como 1, 2, 3 y reportar (en la siguiente página) ejemplos de incidentes específicos del problema de beber que usted ha experimentado.

Rango 1

Piense cuidadosamente sobre la experiencia particular de beber que usted desea describir y después responda las siguientes preguntas lo más detalladamente posible.

Antes de consumir alcohol:

¿Dónde estaba usted? _____

¿Estaba alguien más presente? _____

¿Estaban otros bebiendo alcohol? _____

¿Cómo se estaba sintiendo ? _____

¿Qué estaba pensando?

Describe lo que pasó para que su uso se disparara: _____

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?

Rango 2

Piense cuidadosamente sobre la experiencia particular de beber alcohol que desea describir y después conteste las siguientes preguntas lo más detallado posible.

Antes de consumir alcohol:

¿Dónde estaba? _____

¿Estaba alguien más presente? _____

¿Estaban otros bebiendo? _____

¿Cómo se estaba sintiendo? _____

¿Qué estaba pensando? _____

Describa lo que pasó para que su uso se disparara: _____

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin consumir alcohol?

Rango 3

Piense cuidadosamente sobre la experiencia particular de beber alcohol que desea describir y después conteste las siguientes preguntas lo más detallado posible.

Antes de consumir alcohol:

¿Dónde estaba? _____

¿Estaba alguien más presente? _____

¿Otros estaban bebiendo? _____

¿Cómo se estaba sintiendo? _____

¿Qué estaba pensando? _____

Describe lo que pasó para que su uso se disparara: _____

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin consumir? _____

LCDE

LISTA CHECABLE DE DESTREZAS DE ENFRENTAMIENTO*

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **EXP.:** _____

La siguiente Lista Checable contiene varias áreas potenciales que usted puede elegir para trabajar durante el curso del tratamiento. Por favor verifique que sean los cinco temas más importantes que a usted le gustaría trabajar durante estas pocas semanas. Estos temas deben dirigirse a áreas dónde le gustaría desarrollar más destrezas, de este modo se reforzarán sus habilidades de enfrentamiento con los disparadores y deseos intensos del alcohol con base en sus respuestas, su terapeuta le proporcionará ejercicios de tarea que se dirijan a cada una de sus áreas identificadas.

- Enfrentamiento con los deseos Intensos.
- Estrategias de enfrentamiento iniciales.
- Incremento del apoyo social.
- Rechazo del alcohol y otras drogas.
- Tratamiento del malestar físico.
- Solución de problemas.
- Espiritualidad y recuperación.
- Asertividad.
- Enfrentamiento con el aburrimiento.
- Manejo del enojo.
- Relajación.
- Enfrentamiento con los sentimientos desagradables y recuerdos traumáticos.
- Técnicas para manejar las escenas retrospectivas (flashback) y las Emociones Desagradables.
- Enfrentamiento con la ansiedad.
- Enfrentamiento con el dolor.
- Relaciones saludables.

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

FAD FORMA DE AUTOMONITOREO DIARIO*

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **EXP.:** _____

El monitoreo diario de las situaciones de riesgo que usted encuentre y cualquier impulso y tentaciones para beber o usar drogas pueden ayudarlo a desarrollar mejores estrategias y alternativas de enfrentamiento. El llevar un registro de cualquier consumo de alcohol o uso de droga que suceda, le ayudará a obtener un cuadro global de sus logros. El ejercicio de monitoreo diario puede en si mismo, ayudarle a alcanzar sus metas.

Fecha Mes y Día	Describa la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó cada día. Indique lo siguiente: ¿dónde estaba?, ¿a qué hora del día?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	Describa que hizo para enfrentar esta situación (por ejemplo, salir a caminar, salirse de la situación oportunamente, recordó las consecuencias negativas de su forma de beber o uso de droga)	Estuvo abstinentes Y sino fue así registre el uso de alcohol o droga abajo.
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

PST- FI

PLAN SEMANAL – FASE DE INICIACIÓN*

NOMBRE: _____ **SUSTANCIA:** _____ **FECHA:** _____

Las semanas iniciales de cambio en su consumo de alcohol puede ser un momento desafiante. Nosotros llamamos a este periodo temprano de cambio de conducta como la Fase de Iniciación que puede durar de un mes o más tiempo. La investigación ha mostrado que "comenzar" un cambio en su conducta es más fácil y más eficaz cuando usted usa algunas de las siguientes estrategias poderosas.

*Piense lo que puede perder si no cambia. ¿Cuáles son los factores que lo están impulsando a cambiar su forma de beber o uso de droga en este momento?

*Piense en las situaciones que podrían surgir y que podrían presentar un riesgo para usted. Planee lo que hará por adelantado para que no lo tomen desprevenido.

*Evite lugares que sean un riesgo, así como amigos que usen alcohol y/o droga.

*Involucre a su esposo(a), un miembro de la familia, un amigo confiable o a alguien que lo respalde.

*Durante las dos primeras semanas del cambio de su forma de beber o uso de droga, vivir en un ambiente de apoyo pueden ser especialmente útil.

*Si quiere dejar de beber, considere el discutir la susceptibilidad del uso del alcohol o la medicación contra el deseo (por ejemplo, Antabus, Temposil o Naltrexona) con su médico. Estas drogas pueden ser de gran ayuda para superar las dificultades de las primeras semanas.

*Establezca una meta para su forma de beber o uso de droga haga un compromiso consigo mismo.

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META : _____

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% 80% 100%

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

PST- FI
PLAN SEMANAL DE TAREAS – FASE DE INICIACIÓN*

NOMBRE: _____	SUSTANCIA: _____	FECHA: _____
----------------------	-------------------------	---------------------

<p>Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?</p>	<p>Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.</p> <p>Usted puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.</p>

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo.

TAE

TARJETA DE ALERTA DE ENFRENTAMIENTO*

La Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento es una tarjeta en la cual el cliente registra una variedad de estrategias de enfrentamiento que puede poner en acción en cualquier parte o en cualquier momento. La lógica de fomentar que el cliente lleve la Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento es que, aunque nosotros planeemos las situaciones pueden ocurrir eventos inesperados.

En los ejemplos de tales eventos inesperados podrían incluirse:

*Reuniones espontáneas después del trabajo.

*Encontrarse con un distribuidor/ con un amigo que consume.

*Eventos inesperados en la vida (por ejemplo, desempleo, el fin de una relación o la muerte de una persona cercana).

Cuando se encuentre en situaciones como las señaladas anteriormente, es probable que las estrategias de enfrentamiento no vengan a la mente en seguida. La Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento es un método de recuperación fácil para recordar al cliente las estrategias de enfrentamiento que han funcionado en el pasado.

Se debe animar a que los clientes sean lo más específico posible en el llenado de las tarjetas. Además, existe un espacio para colocar una moneda de cinco pesos para una llamada telefónica o un boleto para el metro / trolebús.

Los ejemplos de estrategias de enfrentamiento podrían incluir:

Reconocer el deseo.

Usar las técnicas de relajación / imaginación.

Usar el automonólogo positivo.

Pensar sobre las consecuencias positivas y negativas del uso.

Ir a algún lugar seguro / irse de la situación.

Llamar a alguien quien pueda ayudar.

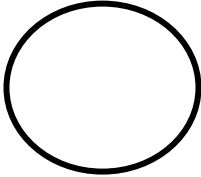
Encontrar una manera alterna para enfrentar los sentimientos.

*Traducida y adaptada por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo.

Lo siguiente es un ejemplo de la Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento:

**TARJETA DE ALERTA DE
ENFRENTAMIENTO**

Mi plan para lo inesperado es



FAF

FORMA DE ANÁLISIS FUNCIONAL*

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **EXP.:** _____

El análisis funcional, o el MODELO ABC, es una herramienta clínica muy útil para analizar los episodios de uso de alcohol. El modelo ayuda a entender el funcionamiento del uso de alcohol y por lo tanto, a desarrollar estrategias alternas para evitar ocasiones de futuros consumos. El análisis funcional puede realizarse durante la sesión de consejo o asignarse como tarea.

Este sencillo formato puede ayudarle a identificar la presencia de los disparadores y consecuencias. Usted se animará a ver su uso de alcohol como un patrón conductual o hábito, lo cual puede cambiar. Recuerde considerar tanto las consecuencias positivas como las negativas – a corto y largo plazo- de su uso de sustancias.

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
Tuve un problema con mi pareja, me sentí enojado	Tome 8-12 cervezas	Olvidé un rato el problema, mi pareja no me habla, al siguiente día llegué tarde al trabajo, me sentí mal conmigo mismo.

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo.

PST-FM

PLAN SEMANAL DE TAREAS- FASE DE MANTENIMIENTO*

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
<p>Describa la situación Disparadora</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Experiencia Planeada</p> <p>¿Cuándo? _____</p> <p>¿Dónde? _____</p> <p>¿Quién estará presente? _____</p> <hr/> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>¿Intentó hacer la tarea?</p> <p>SI NO</p> <p>¿Fue exitoso el intento? SI NO</p> <p>Comentarios _____</p> <hr/> <hr/> <p>¿Usted Usó? SI NO</p> <p>Si consumió, ¿cuánto?</p> <hr/> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo

PEREU

“SI YO FUERA A RECAER...”*

NOMBRE: _____ **SUSTANCIA:** _____

Si yo fuera a recaer, lo más probable es que fuera en la siguiente situación: (Describa dónde, quién estaría probablemente con usted, lo que estaría haciendo, lo que estaría sintiendo y pensando antes de que recayera.)

¿Qué estrategias de Enfrentamiento podría yo usar para evitar esta recaída?
(Enliste de 8 a 10 estrategias que usted usaría.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

¿Qué tan confiado estaría usted de emplear una o más de estas estrategias de enfrentamiento?

*Traducida y adaptada por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo.

CERACCA

CUESTIONARIO DE EXPLORACION DE RECURSOS AMBIENTALES, CONDUCTUALES, COGNITIVOS Y AFECTIVOS

Instrucciones: A continuación se presentan cuatro áreas de recursos y capacidades potenciales que el estudiante puede contar para enfrentar las situaciones de consumo de alcohol. Explore cada una de ellas haciendo las preguntas correspondientes y anote las respuestas del estudiante

A. Área de Apoyo Ambiental:

1. ¿Existen amigos o miembros de tu familia que te hayan apoyado antes o que pudieran o quisieran apoyarte ahora?

Si () No ()

En caso afirmativo especificar quiénes, cómo e información para su posible contacto:

2. ¿Hay personas en tu trabajo o escuela a quienes se les pudiera llamar cuando se te presenta algún problema?

Si () No ()

En caso afirmativo especificar quiénes e información para su posible contacto:

Escuela:

Trabajo:

3. ¿Existe alguna agrupación (Alcohólicos Anónimos) a algún individuo (sacerdote) a quien podrías y desearas acudir?

Si () No ()

En caso afirmativo especificar:

B. Área de Enfrentamiento conductual.

4. ¿Has intentado en el pasado resolver tus problemas de beber, empleando algo constructivo y que te haya resultado exitoso, aunque fuera temporalmente?

Si () No ()

En caso afirmativo especificar qué y por cuánto tiempo:

5. ¿Has intentado alguna actividad alternativa en lugar de beber alcohol y que tomó su lugar, aún cuando no la hayas continuado?

Si () No ()

En caso afirmativo especificar qué y por cuánto tiempo:

6. ¿Has buscado información o consejo de parte de tu familia o amigos?

Si () No ()

En caso afirmativo especificar:

7. ¿Has sido capaz de evitar exitosamente o abandonar una situación de alto riesgo para el consumo de alcohol, sin consumirlo?

Si () No ()

En caso afirmativo especificar qué tipo de situación fue:

C. Área de Enfrentamiento Cognitivo.

8. Explore si el estudiante es capaz de razonar, ver conexiones entre las acciones y consecuencias y planear formas alternativas de manejar las situaciones.

9. Explore si el estudiante es capaz de de estimar los beneficios de no consumir alcohol y pensar si podría beneficiarse personalmente de mantenerse abstinerente.

10. Explore si el estudiante es actualmente capaz de distraerse pensando en otras cosas o imaginándose un resultado positivo cuando se confronta con las urgencias y tentaciones de consumir.

D. Área de Enfrentamiento Afectivo.

11. Explore si el estudiante fue o es capaz de encarar los pensamientos o emociones negativas

12. Explore si el estudiante era o es capaz de valorar los sentimientos de control y autodisciplina;

13. Explore si el estudiante tuvo o tiene creencias espirituales sólidas que le proporcionarían confort.

14. Explore si el estudiante acepta de manera pasiva las cosas que no pueden cambiarse.

15. Explore si el estudiante cuenta con respuestas para liberar la tensión o el enojo.

Anexo 4. Tablas Estadísticas

T-TEST Tabla 7. Frecuencia de Consumo Semanal (General)

Group Statistics

	condicion	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FREC.SEM.LBR	1	67	3.03	.244	.030
	2	67	2.99	.122	.015
FREC. SEM. INT	1	44	2.52	.505	.076
	2	44	2.89	.321	.048
FREC. SEM. S1	1	40	2.23	.423	.067
	2	40	2.53	.506	.080
FREC. SEM. S2	1	76	2.22	.419	.048
	2	76	2.42	.497	.057
FREC. SEM. S3	1	116	2.24	.430	.040
	2	116	2.47	.518	.048
FREC. SEM. S4	1	243	2.42	.528	.034
	2	243	2.62	.512	.033

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FREC.SEM.LBR	Equal variances assumed	.825	.365	1.342	132	.182	.045	.033	-.021	.111
	Equal variances not assumed			1.342	97.059	.183	.045	.033	-.021	.111
FREC. SEM. INT	Equal variances assumed	62.750	.000	-4.029	86	.000	-.364	.090	-.543	-.184
	Equal variances not assumed			-4.029	72.854	.000	-.364	.090	-.544	-.184
FREC. SEM. S1	Equal variances assumed	16.441	.000	-2.878	78	.005	-.300	.104	-.508	-.092
	Equal variances not assumed			-2.878	75.631	.005	-.300	.104	-.508	-.092
FREC. SEM. S2	Equal variances assumed	24.953	.000	-2.646	150	.009	-.197	.075	-.345	-.050
	Equal variances not assumed			-2.646	145.884	.009	-.197	.075	-.345	-.050
FREC. SEM. S3	Equal variances assumed	39.092	.000	-3.586	230	.000	-.224	.062	-.347	-.101
	Equal variances not assumed			-3.586	222.417	.000	-.224	.062	-.347	-.101
FREC. SEM. S4	Equal variances assumed	3.237	.073	-4.102	484	.000	-.193	.047	-.286	-.101
	Equal variances not assumed			-4.102	483.562	.000	-.193	.047	-.286	-.101

T-TEST Tabla 8. Cantidad por Ocasión de Consumo General

Group Statistics

	CONDICION	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CON LBR	1	217	7.54	1.970	.134
	2	218	8.03	1.558	.106
CON INT	1	105	3.57	.586	.057
	2	124	3.54	.562	.050
CON SEG1	1	88	3.33	.601	.064
	2	98	3.33	.700	.071
CON SEG2	1	176	2.83	.988	.074
	2	193	3.15	.656	.047
CON SEG3	1	270	2.98	.795	.048
	2	288	3.20	.686	.040
CON SEG4	1	584	3.48	.558	.023
	2	627	3.45	.618	.025

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CON LBR	Equal variances assumed	25.107	.000	-2.896	433	.004	-.493	.170	-.828	-.158
	Equal variances not assumed			-2.894	410.400	.004	-.493	.170	-.828	-.158
CON INT	Equal variances assumed	.120	.729	.409	227	.683	.031	.076	-.119	.181
	Equal variances not assumed			.408	217.463	.684	.031	.076	-.119	.181
CON SEG1	Equal variances assumed	.773	.380	.031	184	.975	.003	.096	-.187	.193
	Equal variances not assumed			.032	183.645	.975	.003	.095	-.185	.191
CON SEG2	Equal variances assumed	24.381	.000	-3.702	367	.000	-.321	.087	-.491	-.150
	Equal variances not assumed			-3.636	299.811	.000	-.321	.088	-.494	-.147
CON SEG3	Equal variances assumed	2.153	.143	-3.621	556	.000	-.227	.063	-.350	-.104
	Equal variances not assumed			-3.604	532.427	.000	-.227	.063	-.351	-.103
CON SEG4	Equal variances assumed	3.664	.056	.868	1209	.385	.029	.034	-.037	.096
	Equal variances not assumed			.872	1207.890	.384	.029	.034	-.037	.096

T-TEST Tabla 9. Cantidad de Consumo Semanal General

Group Statistics

	condicion	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CANT. SEM. LBR	1	67	22.70	6.527	.797
	2	67	24.00	4.758	.581
CANT.SEM.INT	1	44	10.52	5.060	.763
	2	44	11.98	4.526	.682
CANT. SEM. S1	1	40	7.38	1.931	.305
	2	40	8.58	2.395	.379
CANT. SEM.S2	1	76	6.66	2.347	.269
	2	76	7.91	2.583	.296
CANT. SEM. S3	1	116	6.84	2.505	.233
	2	116	7.91	2.715	.252
CANT.SEM. S4	1	243	8.44	2.571	.165
	2	243	9.07	2.656	.170

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CANT. SEM. LBR	Equal variances assumed	8.490	.004	-1.316	132	.190	-1.299	.987	-3.250	.653
	Equal variances not assumed			-1.316	120.692	.191	-1.299	.987	-3.252	.655
CANT.SEM.INT	Equal variances assumed	.619	.434	-1.421	86	.159	-1.455	1.023	-3.489	.580
	Equal variances not assumed			-1.421	84.953	.159	-1.455	1.023	-3.490	.580
CANT. SEM. S1	Equal variances assumed	4.472	.038	-2.467	78	.016	-1.200	.486	-2.168	-.232
	Equal variances not assumed			-2.467	74.634	.016	-1.200	.486	-2.169	-.231
CANT. SEM.S2	Equal variances assumed	2.189	.141	-3.123	150	.002	-1.250	.400	-2.041	-.459
	Equal variances not assumed			-3.123	148.644	.002	-1.250	.400	-2.041	-.459
CANT. SEM. S3	Equal variances assumed	.569	.451	-3.116	230	.002	-1.069	.343	-1.745	-.393
	Equal variances not assumed			-3.116	228.526	.002	-1.069	.343	-1.745	-.393
CANT.SEM. S4	Equal variances assumed	.001	.973	-2.673	484	.008	-.634	.237	-1.100	-.168
	Equal variances not assumed			-2.673	483.496	.008	-.634	.237	-1.100	-.168

T-TEST Tabla 10. Frecuencia de Consumo Semanal Específica por Sub-Grupos

Group Statistics

grupo	condicion	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean		
1	FREC.SEM.LBR	1	18	3.00	.000 ^a	.000	
		2	18	3.00	.000 ^a	.000	
	FREC. SEM. INT	1	6	2.33	.516	.211	
		2	6	2.83	.408	.167	
	FREC. SEM. S1	1	13	2.08	.277	.077	
		2	13	2.69	.480	.133	
	FREC. SEM. S2	1	26	2.19	.402	.079	
		2	26	2.62	.496	.097	
	FREC. SEM. S3	1	39	2.18	.389	.062	
		2	39	2.64	.486	.078	
	FREC. SEM. S4	1	81	2.48	.550	.061	
		2	81	2.99	.111	.012	
	2	FREC.SEM.LBR	1	20	3.00	.000 ^a	.000
			2	20	3.00	.000 ^a	.000
FREC. SEM. INT		1	13	2.38	.506	.140	
		2	13	3.00	.000	.000	
FREC. SEM. S1		1	13	2.08	.277	.077	
		2	13	2.31	.480	.133	
FREC. SEM. S2		1	25	2.00	.000 ^a	.000	
		2	25	2.00	.000 ^a	.000	
FREC. SEM. S3		1	39	2.00	.000	.000	
		2	39	2.08	.270	.043	
FREC. SEM. S4		1	81	1.99	.111	.012	
		2	81	1.99	.193	.021	
3		FREC.SEM.LBR	1	29	3.07	.371	.069
			2	29	2.97	.186	.034
	FREC. SEM. INT	1	25	2.64	.490	.098	
		2	25	2.84	.374	.075	
	FREC. SEM. S1	1	14	2.50	.519	.139	
		2	14	2.57	.514	.137	
	FREC. SEM. S2	1	25	2.48	.510	.102	
		2	25	2.64	.490	.098	
	FREC. SEM. S3	1	38	2.55	.504	.082	
		2	38	2.68	.525	.085	
	FREC. SEM. S4	1	81	2.80	.431	.048	
		2	81	2.88	.367	.041	

a. t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

Independent Samples Test

grupo			Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
			F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper	
1	FREC. SEM. INT	Equal variances assumed	1.607	.234	-1.861	10	.092	-.500	.269	-1.099	.099	
		Equal variances not assumed			-1.861	9.494	.094			-1.103	.103	
	FREC. SEM. S1	Equal variances assumed	11.755	.002	-4.000	24	.001	-.615	.154	-0.933	-.298	
		Equal variances not assumed			-4.000	19.200	.001			-0.937	-.294	
	FREC. SEM. S2	Equal variances assumed	9.268	.004	-3.379	50	.001	-.423	.125	-0.675	-.172	
		Equal variances not assumed			-3.379	47.935	.001			-0.675	-.171	
	FREC. SEM. S3	Equal variances assumed	13.234	.000	-4.631	76	.000	-.462	.100	-0.660	-.263	
		Equal variances not assumed			-4.631	72.506	.000			-0.660	-.263	
	FREC. SEM. S4	Equal variances assumed	571.060	.000	-8.115	160	.000	-.506	.062	-0.629	-.383	
		Equal variances not assumed			-8.115	86.513	.000			-0.630	-.382	
	2	FREC. SEM. INT	Equal variances assumed	213.333	.000	-4.382	24	.000	-.615	.140	-0.905	-.326
			Equal variances not assumed			-4.382	12.000	.001			-0.921	-.309
FREC. SEM. S1		Equal variances assumed	11.755	.002	-1.500	24	.147	-.231	.154	-0.548	.087	
		Equal variances not assumed			-1.500	19.200	.150			-0.553	.091	
FREC. SEM. S3		Equal variances assumed	15.074	.000	-1.780	76	.079	-.077	.043	-0.163	.009	
		Equal variances not assumed			-1.780	38.000	.083			-0.164	.011	
FREC. SEM. S4		Equal variances assumed	1.032	.311	.000	160	1.000	.000	.025	-0.049	.049	
		Equal variances not assumed			.000	127.682	1.000			-0.049	.049	
3	FREC. SEM. INT	Equal variances assumed	11.030	.002	-1.622	48	.111	-.200	.123	-0.448	.048	
		Equal variances not assumed			-1.622	44.891	.112			-0.448	.048	
	FREC. SEM. S1	Equal variances assumed	.271	.607	-0.366	26	.717	-.071	.195	-0.472	.330	
		Equal variances not assumed			-0.366	25.997	.717			-0.472	.330	
	FREC. SEM. S2	Equal variances assumed	1.917	.173	-1.131	48	.264	-.160	.141	-0.444	.124	
		Equal variances not assumed			-1.131	47.923	.264			-0.444	.124	
	FREC. SEM. S3	Equal variances assumed	1.103	.297	-1.114	74	.269	-.132	.118	-0.367	.104	
		Equal variances not assumed			-1.114	73.872	.269			-0.367	.104	
	FREC. SEM. S4	Equal variances assumed	5.107	.025	-1.178	160	.240	-.074	.063	-0.198	.050	
		Equal variances not assumed			-1.178	156.049	.240			-0.198	.050	
	FREC.SEM.LBR	Equal variances assumed	.860	.358	1.342	56	.185	.103	.077	-0.051	.258	
		Equal variances not assumed			1.342	41.176	.187			-0.052	.259	

T-TEST Tabla 11. Cantidad por Ocasión de Consumo Específica por Sub-Grupos

Group Statistics

GRUPO	CONDICION	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean		
1	CON LBR	1	54	5.22	.420	.057	
		2	59	6.24	.429	.056	
	CON INT	1	15	3.40	.737	.190	
		2	19	3.58	.507	.116	
	CON SEG1	1	29	3.45	.506	.094	
		2	35	3.49	.818	.138	
	CON SEG2	1	61	3.11	1.240	.159	
		2	68	3.69	.465	.056	
	CON SEG3	1	85	3.49	.526	.057	
		2	103	3.66	.476	.047	
	CON SEG4	1	202	3.70	.460	.032	
		2	239	3.66	.474	.031	
	2	CON LBR	1	68	6.72	.789	.096
			2	68	7.72	.789	.096
CON INT		1	28	3.43	.690	.130	
		2	35	3.31	.676	.114	
CON SEG1		1	24	3.25	.442	.090	
		2	26	2.92	.628	.123	
CON SEG2		1	53	2.08	.432	.059	
		2	54	2.50	.575	.078	
CON SEG3		1	79	1.99	.196	.022	
		2	80	2.51	.616	.069	
CON SEG4		1	159	3.15	.597	.047	
		2	156	3.00	.736	.059	
3		CON LBR	1	95	9.44	1.069	.110
			2	91	9.43	1.056	.111
	CON INT	1	62	3.68	.471	.060	
		2	70	3.64	.483	.058	
	CON SEG1	1	35	3.29	.750	.127	
		2	37	3.46	.505	.083	
	CON SEG2	1	62	3.19	.649	.082	
		2	71	3.13	.335	.040	
	CON SEG3	1	106	3.30	.555	.054	
		2	105	3.29	.454	.044	
	CON SEG4	1	223	3.51	.501	.034	
		2	232	3.53	.500	.033	

Independent Samples Test

GRUPO			Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
			F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
1	CON LBR	Equal variances assumed	.142	.707	-12.694	111	.000	-1.015	.080	-1.174	-.857
		Equal variances not assumed			-12.707	110.501	.000	-1.015	.080	-1.173	-.857
	CON INT	Equal variances assumed	3.968	.055	-.838	32	.408	-.179	.214	-.614	.256
		Equal variances not assumed			-.802	23.842	.430	-.179	.223	-.639	.281
	CON SEG1	Equal variances assumed	1.555	.217	-.215	62	.831	-.037	.174	-.386	.311
		Equal variances not assumed			-.224	57.719	.824	-.037	.167	-.372	.297
	CON SEG2	Equal variances assumed	13.750	.000	-3.566	127	.001	-.576	.162	-.896	-.257
		Equal variances not assumed			-3.422	75.061	.001	-.576	.168	-.912	-.241
CON SEG3	Equal variances assumed	10.310	.002	-2.270	186	.024	-.166	.073	-.310	-.022	
	Equal variances not assumed			-2.249	171.404	.026	-.166	.074	-.312	-.020	
CON SEG4	Equal variances assumed	2.763	.097	.826	439	.409	.037	.045	-.051	.125	
	Equal variances not assumed			.828	430.714	.408	.037	.045	-.051	.125	
2	CON LBR	Equal variances assumed	.000	1.000	-7.392	134	.000	-1.000	.135	-1.268	-.732
		Equal variances not assumed			-7.392	134.000	.000	-1.000	.135	-1.268	-.732
	CON INT	Equal variances assumed	.002	.961	.661	61	.511	.114	.173	-.232	.460
		Equal variances not assumed			.659	57.476	.512	.114	.173	-.233	.461
	CON SEG1	Equal variances assumed	.250	.620	2.113	48	.040	.327	.155	.016	.638
		Equal variances not assumed			2.142	44.987	.038	.327	.153	.019	.634
	CON SEG2	Equal variances assumed	32.426	.000	-4.314	105	.000	-.425	.098	-.620	-.229
		Equal variances not assumed			-4.325	98.355	.000	-.425	.098	-.619	-.230
CON SEG3	Equal variances assumed	224.034	.000	-7.225	157	.000	-.525	.073	-.669	-.382	
	Equal variances not assumed			-7.262	94.964	.000	-.525	.072	-.669	-.382	
CON SEG4	Equal variances assumed	.000	.998	2.000	313	.046	.151	.075	.002	.299	
	Equal variances not assumed			1.996	297.960	.047	.151	.076	.002	.300	
3	CON LBR	Equal variances assumed	.030	.862	.087	184	.931	.014	.156	-.294	.321
		Equal variances not assumed			.087	183.828	.931	.014	.156	-.294	.321
	CON INT	Equal variances assumed	.694	.406	.415	130	.679	.035	.083	-.130	.199
		Equal variances not assumed			.416	128.748	.678	.035	.083	-.130	.199
	CON SEG1	Equal variances assumed	7.197	.009	-1.158	70	.251	-.174	.150	-.473	.125
		Equal variances not assumed			-1.146	59.142	.256	-.174	.152	-.477	.130
	CON SEG2	Equal variances assumed	29.185	.000	.759	131	.449	.067	.088	-.107	.241
		Equal variances not assumed			.730	88.539	.467	.067	.091	-.115	.249
CON SEG3	Equal variances assumed	6.231	.013	.232	209	.817	.016	.070	-.122	.154	
	Equal variances not assumed			.232	201.792	.817	.016	.070	-.121	.154	
CON SEG4	Equal variances assumed	.486	.486	-.407	453	.684	-.019	.047	-.111	.073	
	Equal variances not assumed			-.407	452.240	.684	-.019	.047	-.111	.073	

T-TEST Tabla 12. Cantidad de Consumo Semanal Específica por Sub-Grupos

Group Statistics

grupo	condicion	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
1	CANT. SEM. LBR	1	15.67	1.283	.302	
		2	18.67	1.283	.302	
	CANT.SEM.INT	1	6	8.00	1.789	.730
		2	6	12.00	3.286	1.342
	CANT. SEM. S1	1	13	7.08	1.320	.366
		2	13	9.69	2.136	.593
	CANT. SEM.S2	1	26	7.65	1.548	.304
		2	26	9.62	2.282	.447
	CANT. SEM. S3	1	39	7.72	1.716	.275
		2	39	9.85	2.059	.330
	CANT.SEM. S4	1	81	9.19	2.632	.292
		2	81	10.95	1.457	.162
	2	CANT. SEM. LBR	1	20.10	2.404	.538
			2	23.10	2.404	.538
CANT.SEM.INT		1	13	10.38	4.976	1.380
		2	13	12.46	5.882	1.631
CANT. SEM. S1		1	13	6.77	1.301	.361
		2	13	6.92	1.891	.525
CANT. SEM.S2		1	25	4.32	.748	.150
		2	25	5.08	.812	.162
CANT. SEM. S3		1	39	4.05	.320	.051
		2	39	5.08	1.201	.192
CANT.SEM. S4		1	81	6.23	1.238	.138
		2	81	5.95	1.359	.151
3		CANT. SEM. LBR	1	28.86	4.422	.821
			2	27.93	3.683	.684
	CANT.SEM.INT	1	25	11.20	5.545	1.109
		2	25	11.72	4.118	.824
	CANT. SEM. S1	1	14	8.21	2.607	.697
		2	14	9.07	2.336	.624
	CANT. SEM.S2	1	25	7.96	2.371	.474
		2	25	8.96	1.457	.291
	CANT. SEM. S3	1	38	8.79	1.862	.302
		2	38	8.82	1.957	.317
	CANT.SEM. S4	1	81	9.90	1.972	.219
		2	81	10.32	1.532	.170

Independent Samples Test

grupo			Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
			F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
1	CANT. SEM. LBR	Equal variances assumed	.000	1.000	-7.013	34	.000	-3.000	.428	-3.869	-2.131
		Equal variances not assumed			-7.013	34.000	.000	-3.000	.428	-3.869	-2.131
	CANT.SEM.INT	Equal variances assumed	.377	.553	-2.619	10	.026	-4.000	1.528	-7.404	-.596
		Equal variances not assumed			-2.619	7.724	.032	-4.000	1.528	-7.545	-.455
	CANT. SEM. S1	Equal variances assumed	3.195	.087	-3.755	24	.001	-2.615	.697	-4.053	-1.178
		Equal variances not assumed			-3.755	20.001	.001	-2.615	.697	-4.068	-1.162
	CANT. SEM.S2	Equal variances assumed	11.018	.002	-3.628	50	.001	-1.962	.541	-3.048	-.875
		Equal variances not assumed			-3.628	43.986	.001	-1.962	.541	-3.051	-.872
	CANT. SEM. S3	Equal variances assumed	7.217	.009	-4.959	76	.000	-2.128	.429	-2.983	-1.273
		Equal variances not assumed			-4.959	73.611	.000	-2.128	.429	-2.983	-1.273
	CANT.SEM. S4	Equal variances assumed	53.364	.000	-5.282	160	.000	-1.765	.334	-2.426	-1.105
		Equal variances not assumed			-5.282	124.814	.000	-1.765	.334	-2.427	-1.104
2	CANT. SEM. LBR	Equal variances assumed	.000	1.000	-3.946	38	.000	-3.000	.760	-4.539	-1.461
		Equal variances not assumed			-3.946	38.000	.000	-3.000	.760	-4.539	-1.461
	CANT.SEM.INT	Equal variances assumed	.380	.544	-.972	24	.341	-2.077	2.137	-6.487	2.333
		Equal variances not assumed			-.972	23.357	.341	-2.077	2.137	-6.494	2.340
	CANT. SEM. S1	Equal variances assumed	.412	.527	-.242	24	.811	-.154	.637	-1.468	1.160
		Equal variances not assumed			-.242	21.278	.811	-.154	.637	-1.477	1.169
	CANT. SEM.S2	Equal variances assumed	.843	.363	-3.440	48	.001	-.760	.221	-1.204	-.316
		Equal variances not assumed			-3.440	47.680	.001	-.760	.221	-1.204	-.316
	CANT. SEM. S3	Equal variances assumed	69.821	.000	-5.155	76	.000	-1.026	.199	-1.422	-.629
		Equal variances not assumed			-5.155	43.381	.000	-1.026	.199	-1.427	-.624
	CANT.SEM. S4	Equal variances assumed	.120	.730	1.390	160	.166	.284	.204	-.119	.687
		Equal variances not assumed			1.390	158.615	.166	.284	.204	-.119	.687
3	CANT. SEM. LBR	Equal variances assumed	1.171	.284	.871	56	.387	.931	1.069	-1.210	3.072
		Equal variances not assumed			.871	54.229	.387	.931	1.069	-1.211	3.073
	CANT.SEM.INT	Equal variances assumed	.992	.324	-.376	48	.708	-.520	1.381	-3.298	2.258
		Equal variances not assumed			-.376	44.299	.708	-.520	1.381	-3.304	2.264
	CANT. SEM. S1	Equal variances assumed	.223	.641	-.916	26	.368	-.857	.936	-2.780	1.066
		Equal variances not assumed			-.916	25.692	.368	-.857	.936	-2.781	1.067
	CANT. SEM.S2	Equal variances assumed	7.140	.010	-1.796	48	.079	-1.000	.557	-2.119	.119
		Equal variances not assumed			-1.796	39.863	.080	-1.000	.557	-2.125	.125
	CANT. SEM. S3	Equal variances assumed	.051	.822	-.060	74	.952	-.026	.438	-.900	.847
		Equal variances not assumed			-.060	73.818	.952	-.026	.438	-.900	.847
	CANT.SEM. S4	Equal variances assumed	2.135	.146	-1.513	160	.132	-.420	.277	-.968	.128
		Equal variances not assumed			-1.513	150.752	.132	-.420	.277	-.968	.128

T-TEST Tabla 13. Frecuencia de Consumo Semanal por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Específica)

Paired Samples Statistics				Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean	
1	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR	3.00	6	.000	.000	
		1	FREC. SEM. INT	2.33	6	.516	.211	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR	3.00	13	.000	.000	
		2	FREC. SEM. S1	2.08	13	.277	.077	
		Pair 3	FREC.SEM.LBR	3.00	18	.000	.000	
	2	3	FREC. SEM. S2	2.28	18	.461	.109	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR	3.00	18	.000	.000	
		4	FREC. SEM. S3	2.39	18	.502	.118	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR	3.00 ^a	18	.000	.000	
		5	FREC. SEM. S4	3.00 ^a	18	.000	.000	
	2	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR	3.00	6	.000	.000
			1	FREC. SEM. INT	2.83	6	.408	.167
			Pair 2	FREC.SEM.LBR	3.00	13	.000	.000
			2	FREC. SEM. S1	2.69	13	.480	.133
			Pair 3	FREC.SEM.LBR	3.00	18	.000	.000
2		3	FREC. SEM. S2	2.67	18	.485	.114	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR	3.00	18	.000	.000	
		4	FREC. SEM. S3	2.50	18	.514	.121	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR	3.00 ^a	18	.000	.000	
		5	FREC. SEM. S4	3.00 ^a	18	.000	.000	
2	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR	3.00	13	.000	.000	
		1	FREC. SEM. INT	2.38	13	.506	.140	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR	3.00	13	.000	.000	
		2	FREC. SEM. S1	2.08	13	.277	.077	
		Pair 3	FREC.SEM.LBR	3.00 ^a	20	.000	.000	
	2	3	FREC. SEM. S2	2.00 ^a	20	.000	.000	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR	3.00 ^a	20	.000	.000	
		4	FREC. SEM. S3	2.00 ^a	20	.000	.000	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR	3.00 ^a	20	.000	.000	
		5	FREC. SEM. S4	2.00 ^a	20	.000	.000	
	3	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR	3.00	13	.000	.000
			1	FREC. SEM. INT	2.92	13	.277	.077
			Pair 2	FREC.SEM.LBR	3.00	13	.000	.000
			2	FREC. SEM. S1	2.31	13	.480	.133
			Pair 3	FREC.SEM.LBR	3.00 ^a	20	.000	.000
2		3	FREC. SEM. S2	2.00 ^a	20	.000	.000	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR	3.00	20	.000	.000	
		4	FREC. SEM. S3	2.10	20	.447	.100	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR	3.00	20	.000	.000	
		5	FREC. SEM. S4	1.95	20	.224	.050	
3	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR	3.08	25	.400	.080	
		1	FREC. SEM. INT	2.64	25	.490	.098	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR	3.14	14	.535	.143	
		2	FREC. SEM. S1	2.50	14	.519	.139	
		Pair 3	FREC.SEM.LBR	3.08	25	.400	.080	
	2	3	FREC. SEM. S2	2.48	25	.510	.102	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR	3.07	29	.371	.069	
		4	FREC. SEM. S3	2.69	29	.471	.087	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR	3.07	29	.371	.069	
		5	FREC. SEM. S4	2.83	29	.468	.087	
	2	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR	2.96	25	.200	.040
			1	FREC. SEM. INT	2.84	25	.374	.075
			Pair 2	FREC.SEM.LBR	2.93	14	.267	.071
			2	FREC. SEM. S1	2.64	14	.497	.133
			Pair 3	FREC.SEM.LBR	2.96	25	.200	.040
2		3	FREC. SEM. S2	2.84	25	.374	.075	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR	2.97	29	.186	.034	
		4	FREC. SEM. S3	2.66	29	.553	.103	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR	2.97	29	.186	.034	
		5	FREC. SEM. S4	2.83	29	.384	.071	

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

Paired Samples Correlations

grupo	condicion			N	Correlation	Sig.	
1	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. INT	6	.	.	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S1	13	.	.	
		Pair 3	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S2	18	.	.	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S3	18	.	.	
	2	Pair 1	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. INT	6	.	.	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S1	13	.	.	
		Pair 3	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S2	18	.	.	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S3	18	.	.	
2	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. INT	13	.	.	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S1	13	.	.	
	2	Pair 1	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. INT	13	.	.	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S1	13	.	.	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S3	20	.	.	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S4	20	.	.	
	3	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. INT	25	.153	.465
			Pair 2	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S1	14	.277	.337
			Pair 3	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S2	25	-.196	.347
			Pair 4	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S3	29	.127	.512
Pair 5			FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S4	29	.071	.715	
2		Pair 1	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. INT	25	-.089	.672	
		Pair 2	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S1	14	.372	.190	
		Pair 3	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S2	25	-.089	.672	
		Pair 4	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S3	29	.228	.234	
		Pair 5	FREC.SEM.LBR & FREC. SEM. S4	29	-.086	.656	

Paired Samples Test

grupo	condicion			Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
				Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
							Lower	Upper			
1	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. INT	.667	.516	.211	.125	1.209	3.162	5	.025
		Pair 2	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S1	.923	.277	.077	.755	1.091	12.000	12	.000
		Pair 3	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S2	.722	.461	.109	.493	.951	6.648	17	.000
		Pair 4	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S3	.611	.502	.118	.362	.861	5.169	17	.000
	2	Pair 1	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. INT	.167	.408	.167	-.262	.595	1.000	5	.363
		Pair 2	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S1	.308	.480	.133	.017	.598	2.309	12	.040
		Pair 3	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S2	.333	.485	.114	.092	.575	2.915	17	.010
		Pair 4	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S3	.500	.514	.121	.244	.756	4.123	17	.001
2	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. INT	.615	.506	.140	.309	.921	4.382	12	.001
		Pair 2	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S1	.923	.277	.077	.755	1.091	12.000	12	.000
	2	Pair 1	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. INT	.077	.277	.077	-.091	.245	1.000	12	.337
		Pair 2	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S1	.692	.480	.133	.402	.983	5.196	12	.000
		Pair 4	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S3	.900	.447	.100	.691	1.109	9.000	19	.000
		Pair 5	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S4	1.050	.224	.050	.945	1.155	21.000	19	.000
	3	1	Pair 1	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. INT	.440	.583	.117	.199	.681	3.773	24
Pair 2			FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S1	.643	.633	.169	.277	1.009	3.798	13	.002
Pair 3			FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S2	.600	.707	.141	.308	.892	4.243	24	.000
Pair 4			FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S3	.379	.561	.104	.166	.593	3.638	28	.001
Pair 5			FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S4	.241	.577	.107	.022	.461	2.254	28	.032
2		Pair 1	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. INT	.120	.440	.088	-.061	.301	1.365	24	.185
		Pair 2	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S1	.286	.469	.125	.015	.556	2.280	13	.040
		Pair 3	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S2	.120	.440	.088	-.061	.301	1.365	24	.185
		Pair 4	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S3	.310	.541	.101	.104	.516	3.087	28	.005
		Pair 5	FREC.SEM.LBR - FREC. SEM. S4	.138	.441	.082	-.030	.306	1.684	28	.103

T-TEST Tabla 14. Cantidad por Ocasión de Consumo por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Específica)

Paired Samples Statistics

GRUPO	CONDICION			Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean		
1	1	Pair 1	LBR	5.80	15	.414	.107		
		1	INT	3.40	15	.737	.190		
		Pair 2	LBR	5.41	29	.501	.093		
		2	SEG1	3.45	29	.506	.094		
		Pair 3	LBR	5.22	54	.420	.057		
	2	3	3	SEG2	3.52	54	.540	.074	
			Pair 4	LBR	5.22	54	.420	.057	
			4	SEG3	3.70	54	.500	.068	
			Pair 5	LBR	5.22	54	.420	.057	
			5	SEG4	4.00	54	.000	.000	
		2	1	Pair 1	LBR	6.74	19	.452	.104
				1	INT	3.58	19	.507	.116
				Pair 2	LBR	6.41	34	.500	.086
				2	SEG1	3.59	34	.557	.096
				Pair 3	LBR	6.24	59	.429	.056
3	3		SEG2	3.80	59	.406	.053		
	Pair 4		LBR	6.24	59	.429	.056		
	4		SEG3	4.00	59	.000	.000		
	Pair 5		LBR	6.24	59	.429	.056		
	5		SEG4	4.00	59	.000	.000		
2	1	Pair 1	LBR	7.50	28	.509	.096		
		1	INT	3.43	28	.690	.130		
		Pair 2	LBR	7.58	24	.504	.103		
		2	SEG1	3.25	24	.442	.090		
		Pair 3	LBR	6.94	52	.777	.108		
	2	3	3	SEG2	2.08	52	.269	.037	
			Pair 4	LBR	6.72	68	.789	.096	
			4	SEG3	2.00	68	.000	.000	
			Pair 5	LBR	6.72	68	.789	.096	
			5	SEG4	3.19	68	.629	.076	
		2	1	Pair 1	LBR	8.40	35	.497	.084
				1	INT	3.31	35	.676	.114
				Pair 2	LBR	8.54	26	.508	.100
				2	SEG1	2.92	26	.628	.123
				Pair 3	LBR	7.91	54	.784	.107
3	3		SEG2	2.50	54	.575	.078		
	Pair 4		LBR	7.72	68	.789	.096		
	4		SEG3	2.60	68	.626	.076		
	Pair 5		LBR	7.72	68	.789	.096		
	5		SEG4	3.22	68	.688	.083		
3	1	Pair 1	LBR	9.63	62	1.231	.156		
		1	INT	3.68	62	.471	.060		
		Pair 2	LBR	10.11	35	1.471	.249		
		2	SEG1	3.29	35	.750	.127		
		Pair 3	LBR	9.63	62	1.231	.156		
	2	3	3	SEG2	3.19	62	.649	.082	
			Pair 4	LBR	9.41	95	1.037	.106	
			4	SEG3	3.34	95	.576	.059	
			Pair 5	LBR	9.41	95	1.037	.106	
			5	SEG4	3.92	95	.279	.029	
		2	1	Pair 1	LBR	9.56	70	1.175	.140
				1	INT	3.64	70	.483	.058
				Pair 2	LBR	10.05	37	1.452	.239
				2	SEG1	3.46	37	.505	.083
				Pair 3	LBR	9.55	71	1.169	.139
3	3		SEG2	3.13	71	.335	.040		
	Pair 4		LBR	9.43	91	1.056	.111		
	4		SEG3	3.33	91	.473	.050		
	Pair 5		LBR	9.43	91	1.056	.111		
	5		SEG4	3.65	91	.480	.050		

Paired Samples Correlations

GRUPO	CONDICION		N	Correlation	Sig.	
1	1	Pair 1	LBR & INT	15	.281	.310
		Pair 2	LBR & SEG1	29	-.053	.783
		Pair 3	LBR & SEG2	54	-.102	.464
		Pair 4	LBR & SEG3	54	-.310	.023
		Pair 5	LBR & SEG4	54	.	.
	2	Pair 1	LBR & INT	19	.701	.001
		Pair 2	LBR & SEG1	34	.192	.276
		Pair 3	LBR & SEG2	59	.282	.031
		Pair 4	LBR & SEG3	59	.	.
		Pair 5	LBR & SEG4	59	.	.
2	1	Pair 1	LBR & INT	28	.211	.282
		Pair 2	LBR & SEG1	24	.098	.650
		Pair 3	LBR & SEG2	52	-.166	.240
		Pair 4	LBR & SEG3	68	.	.
		Pair 5	LBR & SEG4	68	-.282	.020
	2	Pair 1	LBR & INT	35	.315	.065
		Pair 2	LBR & SEG1	26	.637	.000
		Pair 3	LBR & SEG2	54	.608	.000
		Pair 4	LBR & SEG3	68	-.047	.706
		Pair 5	LBR & SEG4	68	-.050	.687
3	1	Pair 1	LBR & INT	62	.355	.005
		Pair 2	LBR & SEG1	35	.662	.000
		Pair 3	LBR & SEG2	62	.645	.000
		Pair 4	LBR & SEG3	95	.461	.000
		Pair 5	LBR & SEG4	95	.121	.244
	2	Pair 1	LBR & INT	70	.356	.002
		Pair 2	LBR & SEG1	37	.230	.170
		Pair 3	LBR & SEG2	71	-.180	.132
		Pair 4	LBR & SEG3	91	-.286	.006
		Pair 5	LBR & SEG4	91	-.028	.791

Paired Samples Test

GRUPO	CONDICION		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
			Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
						Lower	Upper			
1	1	Pair 1 LBR - INT	2.400	.737	.190	1.992	2.808	12.616	14	.000
		Pair 2 LBR - SEG1	1.966	.731	.136	1.687	2.244	14.478	28	.000
		Pair 3 LBR - SEG2	1.704	.717	.098	1.508	1.899	17.457	53	.000
		Pair 4 LBR - SEG3	1.519	.746	.101	1.315	1.722	14.962	53	.000
		Pair 5 LBR - SEG4	1.222	.420	.057	1.108	1.337	21.403	53	.000
	2	Pair 1 LBR - INT	3.158	.375	.086	2.977	3.338	36.742	18	.000
		Pair 2 LBR - SEG1	2.824	.673	.115	2.589	3.058	24.468	33	.000
		Pair 3 LBR - SEG2	2.441	.501	.065	2.310	2.571	37.440	58	.000
		Pair 4 LBR - SEG3	2.237	.429	.056	2.125	2.349	40.051	58	.000
		Pair 5 LBR - SEG4	2.237	.429	.056	2.125	2.349	40.051	58	.000
2	1	Pair 1 LBR - INT	4.071	.766	.145	3.774	4.369	28.112	27	.000
		Pair 2 LBR - SEG1	4.333	.637	.130	4.064	4.602	33.325	23	.000
		Pair 3 LBR - SEG2	4.865	.864	.120	4.625	5.106	40.615	51	.000
		Pair 4 LBR - SEG3	4.721	.789	.096	4.530	4.912	49.348	67	.000
		Pair 5 LBR - SEG4	3.529	1.139	.138	3.254	3.805	25.549	67	.000
	2	Pair 1 LBR - INT	5.086	.702	.119	4.845	5.327	42.876	34	.000
		Pair 2 LBR - SEG1	5.615	.496	.097	5.415	5.816	57.712	25	.000
		Pair 3 LBR - SEG2	5.407	.630	.086	5.235	5.579	63.071	53	.000
		Pair 4 LBR - SEG3	5.118	1.030	.125	4.868	5.367	40.978	67	.000
		Pair 5 LBR - SEG4	4.500	1.072	.130	4.241	4.759	34.615	67	.000
3	1	Pair 1 LBR - INT	5.952	1.151	.146	5.659	6.244	40.705	61	.000
		Pair 2 LBR - SEG1	6.829	1.124	.190	6.442	7.215	35.935	34	.000
		Pair 3 LBR - SEG2	6.435	.952	.121	6.194	6.677	53.249	61	.000
		Pair 4 LBR - SEG3	6.074	.925	.095	5.885	6.262	63.977	94	.000
		Pair 5 LBR - SEG4	5.495	1.040	.107	5.283	5.707	51.477	94	.000
	2	Pair 1 LBR - INT	5.914	1.100	.131	5.652	6.177	44.985	69	.000
		Pair 2 LBR - SEG1	6.595	1.423	.234	6.120	7.069	28.185	36	.000
		Pair 3 LBR - SEG2	6.423	1.272	.151	6.121	6.724	42.533	70	.000
		Pair 4 LBR - SEG3	6.099	1.274	.134	5.834	6.364	45.662	90	.000
		Pair 5 LBR - SEG4	5.780	1.172	.123	5.536	6.024	47.051	90	.000

T-TEST Tabla 15. Cantidad de Consumo Semanal por Sub-Grupos (Eficacia Clínica Específica)

Paired Samples Statistics

grupo	condicion			Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean	
1	1	Pair 1	CANT. SEM. LBR	17.00	6	1.549	.632	
			CANT.SEM.INT	8.00	6	1.789	.730	
		Pair 2	CANT. SEM. LBR	15.92	13	1.441	.400	
			CANT. SEM. S1	7.08	13	1.320	.366	
		Pair 3	CANT. SEM. LBR	15.67	18	1.283	.302	
	2	2	Pair 3	CANT. SEM.S2	8.50	18	1.249	.294
				CANT. SEM. LBR	15.67	18	1.283	.302
			Pair 4	CANT. SEM. S3	8.67	18	1.495	.352
				CANT. SEM. LBR	15.67	18	1.283	.302
			Pair 5	CANT.SEM. S4	12.00	18	.000	.000
	2	1	Pair 1	CANT. SEM. LBR	20.00	6	1.549	.632
				CANT.SEM.INT	12.00	6	3.286	1.342
			Pair 2	CANT. SEM. LBR	18.92	13	1.441	.400
				CANT. SEM. S1	9.69	13	2.136	.593
			Pair 3	CANT. SEM. LBR	18.67	18	1.283	.302
2		2	Pair 3	CANT. SEM.S2	10.56	18	1.886	.444
				CANT. SEM. LBR	18.67	18	1.283	.302
			Pair 4	CANT. SEM. S3	10.00	18	2.058	.485
				CANT. SEM. LBR	18.67	18	1.283	.302
			Pair 5	CANT.SEM. S4	12.00	18	.000	.000
2	1	Pair 1	CANT. SEM. LBR	21.23	13	2.279	.632	
			CANT.SEM.INT	10.38	13	4.976	1.380	
		Pair 2	CANT. SEM. LBR	21.23	13	2.279	.632	
			CANT. SEM. S1	6.77	13	1.301	.361	
		Pair 3	CANT. SEM. LBR	20.10	20	2.404	.538	
	2	2	Pair 3	CANT. SEM.S2	4.30	20	.733	.164
				CANT. SEM. LBR	20.10	20	2.404	.538
			Pair 4	CANT. SEM. S3	4.00	20	.000	.000
				CANT. SEM. LBR	20.10	20	2.404	.538
			Pair 5	CANT.SEM. S4	5.95	20	1.146	.256
	3	1	Pair 1	CANT. SEM. LBR	24.23	13	2.279	.632
				CANT.SEM.INT	12.46	13	5.882	1.631
			Pair 2	CANT. SEM. LBR	24.23	13	2.279	.632
				CANT. SEM. S1	6.92	13	1.891	.525
			Pair 3	CANT. SEM. LBR	23.10	20	2.404	.538
2		2	Pair 3	CANT. SEM.S2	5.30	20	.733	.164
				CANT. SEM. LBR	23.10	20	2.404	.538
			Pair 4	CANT. SEM. S3	5.55	20	1.234	.276
				CANT. SEM. LBR	23.10	20	2.404	.538
			Pair 5	CANT.SEM. S4	6.15	20	1.226	.274
3		1	Pair 1	CANT. SEM. LBR	29.16	25	4.705	.941
				CANT.SEM.INT	11.20	25	5.545	1.109
			Pair 2	CANT. SEM. LBR	30.86	14	5.816	1.554
				CANT. SEM. S1	8.21	14	2.607	.697
			Pair 3	CANT. SEM. LBR	29.16	25	4.705	.941
	2	2	Pair 3	CANT. SEM.S2	7.96	25	2.371	.474
				CANT. SEM. LBR	28.86	29	4.422	.821
			Pair 4	CANT. SEM. S3	9.21	29	1.677	.311
				CANT. SEM. LBR	28.86	29	4.422	.821
			Pair 5	CANT.SEM. S4	11.14	29	2.065	.384
3	2	Pair 1	CANT. SEM. LBR	28.08	25	3.957	.791	
			CANT.SEM.INT	11.72	25	4.118	.824	
		Pair 2	CANT. SEM. LBR	28.93	14	5.210	1.393	
			CANT. SEM. S1	9.07	14	2.336	.624	
		Pair 3	CANT. SEM. LBR	28.08	25	3.957	.791	
	2	2	Pair 3	CANT. SEM.S2	8.96	25	1.457	.291
				CANT. SEM. LBR	27.93	29	3.683	.684
			Pair 4	CANT. SEM. S3	8.86	29	2.183	.405
				CANT. SEM. LBR	27.93	29	3.683	.684
			Pair 5	CANT.SEM. S4	10.31	29	1.391	.258

Paired Samples Test

grupo	condicion			Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
				Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
							Lower	Upper			
1	1	Pair 1	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. INT	9.000	.894	.365	8.061	9.939	24.648	5	.000
		Pair 2	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S1	8.846	1.725	.478	7.804	9.888	18.494	12	.000
		Pair 3	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S2	7.167	1.886	.445	6.229	8.105	16.118	17	.000
		Pair 4	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S3	7.000	2.029	.478	5.991	8.009	14.636	17	.000
		Pair 5	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S4	3.667	1.283	.302	3.028	4.305	12.121	17	.000
	2	Pair 1	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. INT	8.000	2.449	1.000	5.429	10.571	8.000	5	.000
		Pair 2	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S1	9.231	1.878	.521	8.096	10.365	17.725	12	.000
		Pair 3	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S2	8.111	2.518	.593	6.859	9.363	13.667	17	.000
		Pair 4	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S3	8.667	2.951	.695	7.199	10.134	12.462	17	.000
		Pair 5	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S4	6.667	1.283	.302	6.028	7.305	22.039	17	.000
2	1	Pair 1	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. INT	10.846	4.913	1.363	7.877	13.815	7.959	12	.000
		Pair 2	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S1	14.462	2.504	.694	12.948	15.975	20.825	12	.000
		Pair 3	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S2	15.800	2.262	.506	14.741	16.859	31.240	19	.000
		Pair 4	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S3	16.100	2.404	.538	14.975	17.225	29.951	19	.000
		Pair 5	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S4	14.150	2.231	.499	13.106	15.194	28.367	19	.000
	2	Pair 1	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. INT	11.769	5.480	1.520	8.458	15.080	7.744	12	.000
		Pair 2	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S1	17.308	2.394	.664	15.861	18.754	26.068	12	.000
		Pair 3	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S2	17.800	2.118	.474	16.809	18.791	37.592	19	.000
		Pair 4	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S3	17.550	2.502	.559	16.379	18.721	31.368	19	.000
		Pair 5	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S4	16.950	2.874	.643	15.605	18.295	26.374	19	.000
3	1	Pair 1	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. INT	17.960	6.228	1.246	15.389	20.531	14.418	24	.000
		Pair 2	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S1	22.643	5.597	1.496	19.411	25.874	15.138	13	.000
		Pair 3	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S2	21.200	5.252	1.050	19.032	23.368	20.183	24	.000
		Pair 4	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S3	19.655	4.394	.816	17.984	21.326	24.090	28	.000
		Pair 5	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S4	17.724	5.548	1.030	15.614	19.834	17.204	28	.000
	2	Pair 1	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. INT	16.360	5.098	1.020	14.256	18.464	16.045	24	.000
		Pair 2	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S1	19.857	5.097	1.362	16.914	22.800	14.577	13	.000
		Pair 3	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S2	19.120	5.019	1.004	17.048	21.192	19.046	24	.000
		Pair 4	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S3	19.069	5.014	.931	17.162	20.976	20.481	28	.000
		Pair 5	CANT. SEM. LBR - CANT. SEM. S4	17.621	4.539	.843	15.894	19.347	20.906	28	.000

