

DESARROLLO DE UN MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL MOTIVACIONAL DE ATENCIÓN ESCALONADA PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL¹

HORACIO QUIROGA ANAYA², JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
Universidad Nacional Autónoma de México

MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA
Instituto Nacional de Psiquiatría

y

CARLOS F. APARICIO NARANJO
Universidad de Guadalajara

ABSTRACT

Outcome data research from international surveys on college students report that alcohol problems in colleges are an emergent health concern. This paper describes the development and evaluation of a stepped-care cognitive-behavioral motivational model for college students with alcohol problems, that includes three specific treatment programs, “BASICS”, “GSC”, and “SRP”, which are part of the state-of-the-art cognitive-behavioral motivational treatments to address a broad spectrum of drinking problems available in centers for alcohol problems at the National Autonomous University of México. A modified version of the stepped-care approach and strategies of treatment-client matching were used to select patients for the treatment programs. This article describes the model and its programs and the initial outcome data from a study designed to evaluate its efficacy on a group of college students that address a broad spectrum of alcohol problems and its future perspectives.

Key words: alcohol abuse, collage students, cognitive-behavioral, treatment.

¹ Esta investigación estuvo financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), mediante la beca 173245 otorgada al primer autor y se desarrolló en los años 2002 a 2006.

² Correspondencia: HORACIO QUIROGA. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: quiroga@servidor.unam.mx.

RESUMEN

Resultados de encuestas internacionales en estudiantes universitarios documentan que los problemas de alcohol constituyen un problema emergente de salud pública. Se describe el desarrollo y evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, que incluye tres programas de tratamiento, "BASICS", "GSC" y "SRP", que forman parte del estado del arte de los tratamientos cognitivo-conductuales y motivacionales para el abordaje de un amplio espectro de problemas de alcohol, disponibles en centros y programas de la UNAM. Se empleó una versión modificada del enfoque de atención escalonada y una combinación de estrategias de igualación "cliente-tratamiento", para la asignación de participantes a tratamientos específicos. Se describe el modelo y los resultados obtenidos en un estudio diseñado para evaluar su eficacia con un grupo de estudiantes universitarios que cubren un amplio espectro de problemas de alcohol.

Palabras clave: abuso de alcohol, estudiantes universitarios, tratamiento cognitivo-conductual.

INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo, el abuso y la dependencia al alcohol por parte de estudiantes universitarios de Norteamérica y las resultantes consecuencias negativas han sido documentados ampliamente dentro de la literatura de investigación internacional y regional (EMA, 2005; Johnston, O'Malley, Bachman & Shulenberg, 2005; Knight, *et al.*, 2002; Mora-Ríos & Natera, 2001; Perkins, 2002; Quiroga, *et al.*, 2003; Wechsler, *et al.*, 2002).

El consumo de alcohol entre estudiantes universitarios de Norteamérica constituye una causa grave de preocupación debido a que un 40%, en promedio, lo hace de una manera excesiva, definida 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.*, 2003).

En cuanto el abuso y la dependencia al alcohol, en el estudio de Knight y sus colegas

(2002) se informa que cerca de un tercio de los estudiantes universitarios cumplieron con los criterios de abuso de alcohol, especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), en tanto que el 6% cumplió con los criterios de dependencia al alcohol.

Wechsler, Dowdall, Davenport, y Rimm (1995) investigaron la medida de 5 copas empleando una muestra nacional de estudiantes universitarios, encontrando que los hombres, que regularmente consumían 5 copas o más seguidas, presentaban los mismos riesgos de problemas relacionados con el alcohol (e.g., 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 punto de corte para el consumo episódico excesivo, lo cual ha encontrado amplio apoyo por una revisión extensa de la literatura de investigación realizada recientemente por Perkins (2002).

Por su parte, 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 excelente trabajo de Martha Sánchez-Craig y sus colegas de la Fundación para la Investigación de la Adicción en Toronto, Canadá) de que el consumo de más de 14 copas a la semana, o más de 4 copas por ocasión para los hombres, y más de 9 copas a la semana, o más de 3 copas por ocasión para las mujeres, constituye un consumo excesivo” (pp. 5 y 6).

De acuerdo con Wechsler, Lee, Kuo y Lee (2000), la población universitaria incluye aproximadamente a 19% de abstemios, 37% de bebedores “sociales” que no se involucran en un consumo episódico excesivo, 21% de 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”.

En relación con estudios recientes con estudiantes universitarios mexicanos, Mora-Ríos y Natera (2001) realizaron un estudio transversal con muestreo diversificado por cuotas en universidades públicas (52,2%) y privadas (47,5%) de la ciudad de México, considerando diferentes áreas de estudio. 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. Los resultados encontrados en relación con el consumo excesivo fueron los siguientes: El 31% de los estudiantes, principalmente varones, presentó un consumo de cinco copas o más por ocasión. 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 hombres 14% correspondió al rango de 23 a 26 años. Considerando a todos los estudiantes encuestados,

26% mencionó tener problemas asociados al 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 asociados, se observó una tendencia a informar mayores problemas asociados al alcohol en los hombres que presentaban un consumo más elevado.

En una encuesta estudiantil realizada en la Facultad de Psicología de la UNAM (Quiroga, *et al.*, 2003) con 1502 alumnos de licenciatura, se informó que un 25,9% (35,3% hombres y 16,6% mujeres) consumió alcohol de manera excesiva (5 o más copas de alcohol por ocasión de consumo). En relación con los problemas asociados al 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.

Uno de los estudios más recientes es el aplicado por la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México a 23.987 estudiantes de la generación 2005 (EMA, 2005) 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.

EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUALES MOTIVACIONALES

Los últimos 30 años han proporcionado una base de investigación de la efectividad de los programas de tratamiento cognitivo-conductuales motivacionales en el abordaje de los problemas de alcohol (Finney & Monahan, 1996; Holder, Langabaugh, Miller & Rubonis, 1991; Miller *et al.*, 1995; Miller & Willboure, 2002; Sobell & Sobell, 2005). Sin embargo, debido a su naturaleza específica, no existe un tratamiento específico que resulte igualmente efectivo para todo el espectro de sub-grupos de problemas de alcohol (véase Institute of Medicine's Report, 1990), por lo que una ruta seguida por algunos investigadores para lograr un tratamiento poderoso ha consistido en vincular gradualmente, de menor a mayor intensidad, dentro de un modelo, a tratamientos específicos que hayan demostrado mayor efectividad para diversos sub-grupos de individuos con problemas de alcohol, con base en ciertos principios del método denominado "*atención escalonada*" (Sobell & Sobell, 1993a; 1999; 2000), que surgió a partir del desarrollo de un patrón pequeño, pero consistente, de características de los pacientes, igualado con modalidades o ingredientes de los tratamientos con base en el método de la hipótesis de igualación "cliente-tratamiento", dando lugar a diversos Modelos Cognitivo-Conductuales Motivacionales de Atención Escalonada para la atención de problemas de alcohol y otras drogas (Breslin, Sobell, Sobell, Cunningham, Sdao-Jarvie & Borsoi, 1999; Quiroga & Mata, 2005; Quiroga, Mata & Montes, 2004), que han arrojado resultados muy alentadores en las evaluaciones realizadas a la fecha, proporcionando evidencia para el empleo de estos métodos en el abordaje de los problemas de alcohol (e.g., Sobell & Sobell, 1999 con bebedores

problema). Cabe señalar que, el método de atención escalonada, es consistente con las recomendaciones del Institute of Medicine (1990) que sugiere ampliar la base del tratamiento a fin de que se incluya a personas que no sólo presenten problemas de alcohol, sino también, a aquellas que se encuentran en riesgo de presentarlos.

DESARROLLO DEL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL MOTIVACIONAL DE ATENCIÓN ESCALONADA

El objetivo principal del siguiente apartado es el de describir el desarrollo del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Quiroga, 2003b), que constituye un esfuerzo por continuar con la instrumentación de una generación de modelos de tratamiento basados en este enfoque. En el centro del Modelo aquí propuesto se encuentran: (a) el enfoque cognitivo-conductual motivacional y (b) el método de atención escalonada basado en los principios de la atención a la salud y en la perspectiva de la hipótesis de igualación "cliente-tratamiento", que en términos sencillos afirma que los clientes que son igualados apropiadamente con la modalidad de tratamiento, tendrán mejores resultados que los clientes que no son igualados (Finney & Moos, 1986; Glaser, 1980; Lindstrom, 1992; Project MATCH Research Group, 1997a), siguiendo la ruta de vincular, dentro de un modelo, a tratamientos específicos en los que se ha encontrado mayor efectividad para los diversos sub-grupos de individuos con problemas de alcohol.

El método de atención escalonada 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 este método, el tratamiento a seleccionar se deberá realizar dando atención a los tres principios fundamentales del cuidado de la salud siguientes: (Sobell & Sobell, 1999; 2000):

1. El tratamiento deberá 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 deberá 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, deberá estar familiarizado con el empleo de la información del estado del arte.
3. El tratamiento seleccionado deberá 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 (e.g., 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.

Cabe señalar, que aún cuando los resultados que apoyan la toma de decisión basados en este método son todavía preliminares (Breslin, Sobell, Sobell, Buchan & Cumminghan, 1997), los datos existentes son prometedores para poner a prueba las implicaciones de articular, de una manera sistemática, diversos tratamientos específicos, con el fin de abordar los sub-grupos de problemas de alcohol.

En la Figura 1, se ilustra el Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol desarrollado, en el que se incluyen los criterios, principios y tratamientos específicos en que se basa.

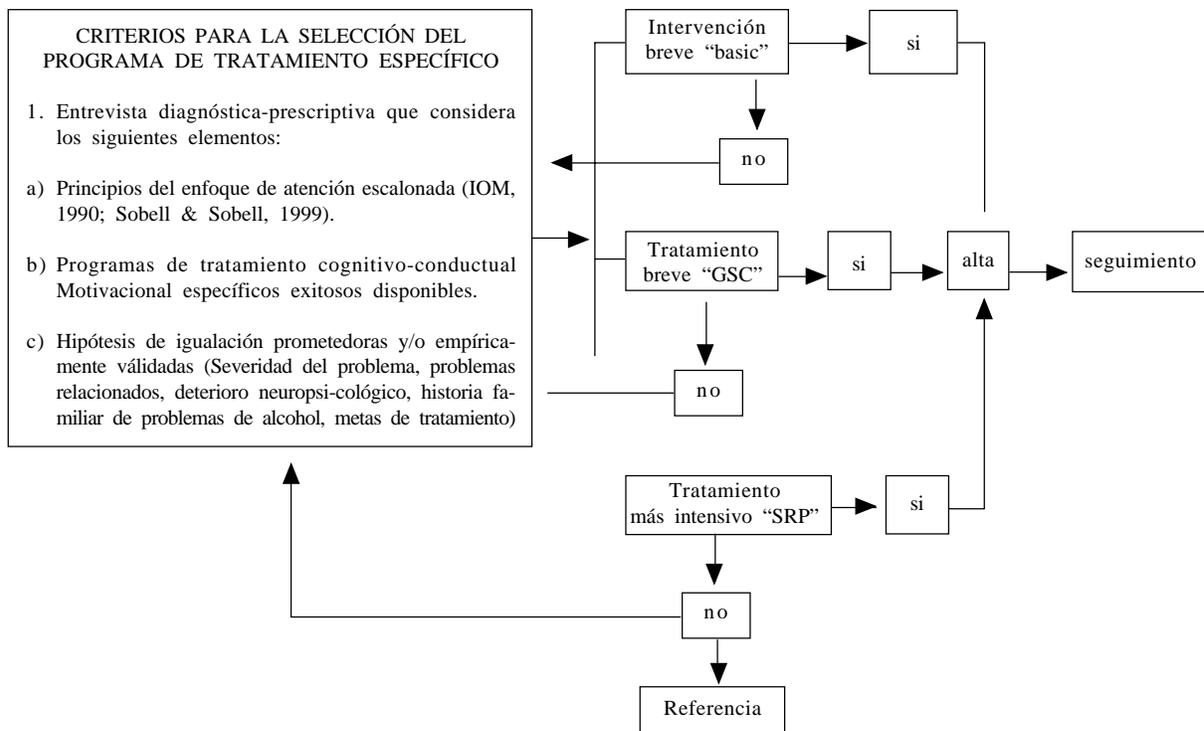


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (Quiroga, 2003b).

Una característica esencial de este enfoque de atención escalonada es, que cuando un estudiante entra para atención clínica, el tratamiento específico inicial se determina con base en una serie de criterios contenidos en la Evaluación Diagnóstica- Prescriptiva (Quiroga, 2003a) que toma en cuenta, para la selección, igualación y secuenciación de los tratamientos específicos, los principios y lineamientos del enfoque de atención escalonada propuesto por Sobell y Sobell (1993a; 1999, 2000), con base en una combinación de estrategias de igualación “cliente-tratamiento” (Institute of Medicine, 1989).

La estructuración de este Modelo de tratamiento se llevó a cabo, de acuerdo al siguiente procedimiento: En consecuencia con los principios 1 y 2 de la atención a la salud antes señalados por Sobell y Sobell (1999), primero se hizo una revisión de los programas de tratamiento específicos cognitivo-conductuales y motivacionales disponibles en centros y programas de servicios psicológicos generales y especializados en adicciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para el tratamiento de problemas de alcohol en estudiantes universitarios que contaran, además, con validez empírica, detectándose los tres siguientes: 1. *Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios* (BASICS; Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt, 1999), traducido y adaptado al español (Quiroga & Cabrera, 2003); 2. *Tratamiento de Auto-cambio Guiado para bebedores problema* (GSC; Sobell & Sobell, 1993a); traducido y adaptado al español para estudiantes universitarios bebedores problema (Quiroga & Montes, 2003); y 3. *Prevención Estructurada de Recaídas* (SRP; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996); traducido y adaptado al español para estudiantes universitarios con problemas sustanciales y severos de alcohol y drogas (Quiroga & Vital, 2003), los cuales se describen someramente a continuación:

1. “BASICS” consiste en una intervención breve cognitivo conductual y motivacional basada en la teoría del aprendizaje social con un enfoque de reducción del daño, que se dirige a aquellos estudiantes universitarios que abusan del alcohol y

que se encuentran en alto riesgo de desarrollar problemas de dependencia al mismo. Esta modalidad combina información sobre los efectos del alcohol, identificación de factores de riesgo personal, discusión de estrategias cognitivo-conductuales específicas para moderar el consumo, y estrategias motivacionales dirigidas al desarrollo de interés para el cambio de conductas de consumo excesivo de alcohol.

Específicamente, esta compuesta de 2 sesiones de 50 minutos. El propósito de la primera sesión es evaluar los patrones de consumo de alcohol del estudiante, las actitudes que tiene sobre 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 consejo sobre formas específicas para moderar el consumo.

2. “GSC”, consiste en un tratamiento breve motivacional y cognitivo-conductual, basado en la teoría del aprendizaje social, que emplea un enfoque de auto-cambio que ayuda a los abusadores del alcohol, que se encuentran en alto riesgo de desarrollar dependencia severa, a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y a usar, sus propios recursos, para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. Específicamente, comprende 4 sesiones de tratamiento, de 20 a 45 minutos cada una, pudiendo incluir sesiones adicionales a petición del cliente, las cuales se llevan a cabo individualmente 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 de consumo de alcohol; y al re-establecimiento de metas.

3. “SRP”, es un tipo de tratamiento de consulta externa de tipo cognitivo-conductual y motivacional que se basa en la teoría del aprendizaje social. Tiene una duración de 8 a 12 sesiones de 45 minutos cada una y cuenta con un enfoque de consejo, diseñado para capacitar a las personas que presentan problemas de consumo sustancial a severo de alcohol y drogas, por lo que ya presentan

dependencia grave, a fin de que logren un mayor control sobre el consumo de alcohol y drogas. Este tratamiento 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.

Cabe señalar que estos tres tratamientos específicos, representan el estado del arte en el tratamiento cognitivo-conductual motivacional de los problemas de alcohol, y es en este sentido, que el presente modelo, intenta incorporar las fortalezas de estos tratamientos a fin de proporcionar un tratamiento más poderoso a los estudiantes, basado en el empleo de perfiles de usuarios, recursos psicosociales disponibles para ser empleados en la terapia y el empleo de variables de igualación, empíricamente validadas, que orienten la selección de las estrategias de intervención.

A partir de que 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 “paciente y tratamiento”, dando apoyo a la importancia de igualar características del paciente y del programa, se ha realizado suficiente progreso para señalar ciertas características singulares de los pacientes, que han moderado la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales y motivacionales con pacientes con problemas de alcohol. Estas características proporcionan, la base fundamental, para la selección de los tratamientos específicos a emplear. Sin embargo, resulta pertinente aclarar que no se espera que una sola característica del paciente altere significativamente los resultados del tratamiento. Tal expectativa sería ingenua y resultado de una sobre simplificación de cómo ocurre el efecto de igualación (Longabaugh & Wirtz, 2001; Project MATCH Research Group, 1997b). Sin embargo, el diseñar el tratamiento con respecto a múltiples características de los pacientes, tendrá un efecto incremental en los resultados de algunos de estos pacientes, resultando en un aumento modesto, pero clínicamente significativo, de la efectividad general del modelo (Gulliver *et al.*, 2005).

HIPÓTESIS O VARIABLES DE IGUALACIÓN CONSIDERADAS

Se realizó una revisión de la literatura sobre aquellas hipótesis de igualación con validez empírica sobre la eficacia del tratamiento. En el siguiente apartado, se presentan las cinco variables, que a la fecha, se han incorporado al presente modelo de tratamiento en las que se ha encontrado resultados de tratamiento diferencial: Deterioro neuropsicológico, severidad del problema, historia familiar de problemas de alcohol, otros problemas asociados y metas de tratamiento.

Deterioro Neuropsicológico. Las poblaciones con problemas de alcohol muestran patrones consistentes de deterioro neuropsicológico y el grado de tales déficits ha demostrado ser predictor de respuesta diferencial a las alternativas de tratamiento empleadas (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 pacientes con deterioro neuropsicológico más severo, tuvieron resultados generales de tratamiento más pobres. Otros estudios que han arrojado resultados en la misma dirección son los de Cooney, Kadden, Litt y Getter (1991); Kadden, Cooney, Getter y Litt (1989); Project MATCH Research Group (1997b).

Severidad del Problema. Un predictor diferencial de resultados de tratamiento, es la severidad o gravedad del problema de alcohol (Miller & Hester, 1986). En un estudio comparativo de tratamiento intensivo versus tratamiento mínimo, Orford, Oppenheimer, y Edwards (1976) reportaron que, entre los alcohólicos gamma (severos), todos los casos exitosos había 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, O’Brian, Kron, Alterman y Druly (1980) encontraron que, los casos igualados (severidad del proble-

ma con intensidad del tratamiento), mostraron resultados substancialmente mejores que los casos no igualados (e.g., 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.

Historia familiar de problemas de alcohol. Por más de tres décadas, la investigación ha señalado a un tipo de alcoholismo “familiar” caracterizado por una progresión más rápida y severa (Babor, *et al.*, 1992; Winokur, Reich, Rimmer & Pitts, 1970). Miller y Joyce (1979) encontraron que una historia de alcoholismo paterno predijo a la abstinencia como resultado, mientras que la ausencia de un alcoholismo paterno se asoció con un resultado de consumo controlado exitoso. Recientemente, Yoshino y Kato (1998) encontraron cierto valor predictivo de esta variable para los resultados de tratamiento de los problemas de alcohol.

Otros Problemas Asociados. 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 problemas más amplios y patología (McLellan, Luborsky, *et al.*, 1983; Miller, Pechacek & Hamburg, 1981; Orford, Oppenheimer, Egert, Hensman & Guthrie, 1976). La implicación que podría ser denominada “hipótesis de igualación de amplio espectro” (ver Miller & Hester, 1986) 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, otros áreas de problemas específicos. Existe apoyo para la hipótesis de igualación de amplio espectro (Adinolfi, McCourt & Georgehegan, 1976; Azrin, Sisson, Meyers & Godley, 1982; Ferrell & Galassi, 1981; Rosenberg, 1979). 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 & Hester, 1980).

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 menos severos, eran muy poco probable que alcanzaran una moderación estable y funcionaron mejor con metas de abstinencia total (Armor, Polich & Stambul, 1978; Edwards, Duckitt, Oppenheimer, Sheehan & Taylor, 1983; Finney & Moos, 1981; Miller & Baca, 1983; Miller & Joyce, 1979; Miller, Leckman, Tinkom & Rubenstein, 1986; Orford, Oppenheimer & Edwards, 1976; Polich, Armor & Braiker, 1981; Smart, 1978; Vogler, Clompton & Weissbach, 1975; Vogler, Weissbach, Compton & Martin, 1977). También existe evidencia de que los resultados de moderación son más probables entre mujeres y entre aquellos que presentan menos historia familiar de alcoholismo (Miller, *et al.*, 1986).

Este conjunto de variables de igualación sugiere programas de tratamiento específicos para una selección conjunta entre el terapeuta y el estudiante. El terapeuta evalúa a los estudiantes en cada una de las cinco variables de igualación por medio de la entrevista diagnóstica-prescriptiva y conjuntamente con el método de atención escalonada, determina el tratamiento específico a seguir.

Debido a que los efectos previos de igualación de estas cinco variables han sido identificados cuando han sido empleadas como única variable de igualación en los tratamientos, y a menudo dichos efectos no han sido replicados (Kadden & Cooney, 2005), se considera su inclusión de una manera combinada. De esta forma, el presente Modelo va más allá de los datos existentes y combina los resultados de los efectos de igualación de variables sencillas, a fin

de desarrollar combinaciones de características de pacientes, aún no probadas empíricamente, pero lógicamente plausibles, que guíen la selección de los pacientes a los tratamientos específicos.

El algoritmo de atención escalonada del modelo aquí propuesto para el tratamiento de los problemas de alcohol, tiene la estructura de la Figura 1, y tal y como se presenta en dicha figura, los programas específicos de tratamiento fueron seleccionados y secuenciados en consistencia con los tres principios fundamentales de la atención a la salud (Sobell & Sobell, 1999; 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, patrones de consumo, metas de tratamiento, problemas asociados, deterioro neuropsicológico, historia familiar de problemas de alcohol y otros factores de riesgo, así como por los perfiles de usuarios diseñados con base en los criterios de inclusión/exclusión establecidos por los programas específicos considerados. De esta manera, los estudiantes que durante la evaluación diagnóstico-prescriptiva presentan consumo y problemas de alcohol con un alto riesgo de desarrollar dependencia al mismo y otros factores de riesgo, son seleccionados al programa específico menos intensivo "BASICS", en tanto que aquellos que presentan consumo y problemas de alcohol con alto riesgo de desarrollar dependencia sustancial o severa, y otros factores de riesgo, son seleccionados al de intensidad media "GSC", finalmente, aquellos estudiantes que presentan consumo y problemas de alcohol sustanciales o severos, y que por lo tanto, ya son dependientes graves al mismo, conjuntamente con otros factores de riesgo, son seleccionados al programa específico más intensivo de los tres, al "SRP".

Una vez que se ha seleccionado el tratamiento específico en cuestión, que de acuerdo a este Modelo puede ser el "BASICS", el "GSC" o el "SRP", y se ha obtenido la colaboración del estudiante, el empleo del enfoque de atención escalonada se efectúa de una manera directa. Las

decisiones de tratamiento específico secuencial son vinculadas con base en los anteriores lineamientos. Se aplica el tratamiento específico, incluyendo el monitoreo del estado del estudiante. Si se observa un progreso o mejoría del estudiante se continúa con el tratamiento, y se suspende, si el problema se resuelve y el resultado aparenta estabilidad. Por otro lado, si el estudiante muestra muy pocos o ningún signo de cambio, se analizan las posibles causas y se procede en consecuencia, ya sea corrigiendo algún aspecto del tratamiento específico actual, o bien, seleccionando otro de los tratamientos específicos más o menos intensivo considerados, según lo amerite el caso, incluyendo la posibilidad de hacer una referencia a otra institución en la que se traten problemas de alcohol.

Cabe señalar, que escalar el tratamiento no se limita a incrementar la intensidad del mismo. Aunque en muchos casos resulta razonable proporcionar más del mismo tratamiento, también hay casos en el que cambiar el tipo de tratamiento específico resulta justificable (e.g., cambiar del "BASICS" al "GSC"). Un cambio de tratamiento específico puede originarse a partir de una discusión con un estudiante que identifica otros factores que están interfiriendo con el tratamiento (e.g., problemas de manejo del estrés). Sin embargo, no importa qué tan complicados sean los factores a considerar, las decisiones sobre cómo proceder cuando la mejoría no resulta evidente, se encuentran basadas en los mismos principios en que se basó la decisión del tratamiento elegido inicialmente.

De manera general, la decisión de cambiar el tratamiento específico se realiza con base en el funcionamiento del estudiante. Esto es, si está realizando un progreso satisfactorio hacia las metas establecidas. El emplear los hallazgos del tratamiento como base para la igualación cliente-tratamiento resulta útil, debido a que la mayoría de la investigación cliente-tratamiento, se ha basado en la evaluación de los clientes, antes del tratamiento. Sin embargo, estudios recientes dentro del campo del abuso de sustancias (Breslin, *et al.*, 1997) han encontrado, que las respuestas

iniciales al tratamiento, son predictores importantes del funcionamiento después del tratamiento. Específicamente, aquellos individuos que tienen resultados positivos, son aquellos que probablemente hicieron cambios positivos dentro de las primeras sesiones de tratamiento (e.g., ya no siguieron consumiendo excesivamente).

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL MODELO CON ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MEXICANOS

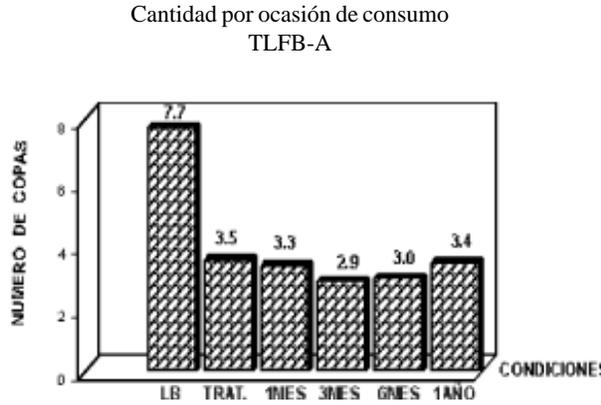
A la fecha, se ha realizado un estudio dirigido a evaluar la eficacia de este modelo (Quiroga, 2007). En dicho estudio, participaron 18 estudiantes universitarios de la UNAM quienes solicitaron voluntariamente atención (12 hombres y 6 mujeres), entre 18 y 35 años de edad, consumidores de alcohol, cuyo rango abarcó desde consumidores excesivos hasta dependientes sustanciales. Los participantes seleccionados no requerían de internamiento ni presentaban trastornos psicóticos o bipolares y contaban con vivienda estable. Los participantes fueron igualados con las características de los programas de tratamiento específicos en que participaron (BASICS, SGC y SRP), con base en la severidad de su problemática de consumo de alcohol, patrones de consumo, problemas asociados, deterioro neuropsicológico y metas de tratamiento. Se realizaron evaluaciones de cada una de los diversos tratamientos específicos en cada uno de los tres grupos de 6 consumidores: con abuso y dependencia leve, con dependencia leve a moderada y con dependencia sustancial a severa. Para lo cual, se empleó un “Diseño de Línea Base Múltiple entre Sujetos”. La evaluación de la eficacia, en términos de la “cantidad de consumo por ocasión”, la “cantidad de consumo semanal” y los “problemas relacionados con el consumo de alcohol”, con base en los lineamientos criterios establecidos por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA, 1995) y por la Addicction Research Foundation (ARF, 1993), de acuerdo con el género de los participantes, efectuados al finalizar el tratamiento y en los seguimientos efectuados al mes, 3 meses, 6 meses y 12

meses, indicaron cambios clínicamente significativos.

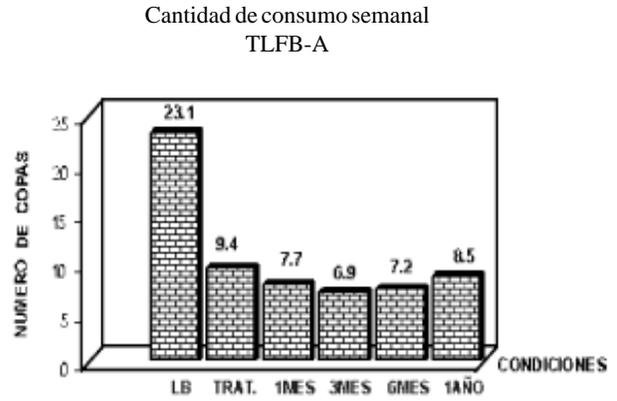
Concretamente, en el caso de la “cantidad de consumo por ocasión”, medida a través de Línea Base Retrospectiva“ (TLFB; Sobell & Sobell, 1992), se reportaron los siguientes datos al compararse la línea base con el tratamiento (7,7 vs. 3,5 copas estándar en promedio) y la línea base con los seguimientos efectuados al mes (7,7 vs. 3,3), tres meses (7,7 vs. 2,9), seis meses (7,7 vs. 3,0) y al año (7,7 vs. 3,4), respectivamente. Con respecto a la “cantidad de consumo semanal”, empleando la misma medida, se reportaron los siguientes datos al compararse la línea base con el tratamiento (23,1 vs. 9,4 copas estándar a la semana) y la línea base con los seguimientos efectuados al mes (23,1 vs. 7,7); a los 3 meses (23,1 vs. 6,9), a los 6 meses (23,1 vs. 7,2), y al año (23,1 vs. 8,5) (Ver Gráficas 1 y 2 de la Figura 2).

Por otro lado, en el caso de los “problemas de alcohol asociados”, en la gráfica 3 de la Figura 2, se presenta el número promedio de problemas de alcohol reportados en el Inventario de Problemas de Alcohol Rutgers (RAPI; White & Labouvier, 1989) por los 18 estudiantes participantes, observándose que, durante la línea base, los estudiantes 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 clínicas significativas de 7,6 y 7 problemas, en promedio. De la misma manera, en la Gráfica 4 de la Figura 2, se presenta el número promedio de puntos obtenidos por el total de estudiantes participantes en la Escala de Dependencia al alcohol (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & FASTER, 1984), durante las condiciones de línea base y en los seguimientos efectuados a los seis meses y al año, observándose que durante la línea base se 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 clínicas significativas de 11,3 y 1,6 puntos respectivamente.

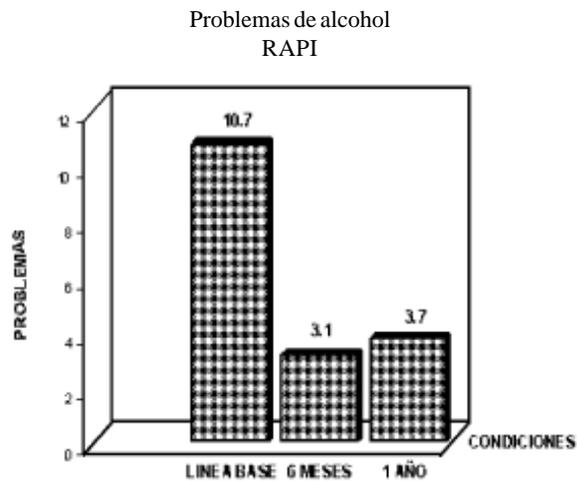
Patrones de consumo y problemas de alcohol



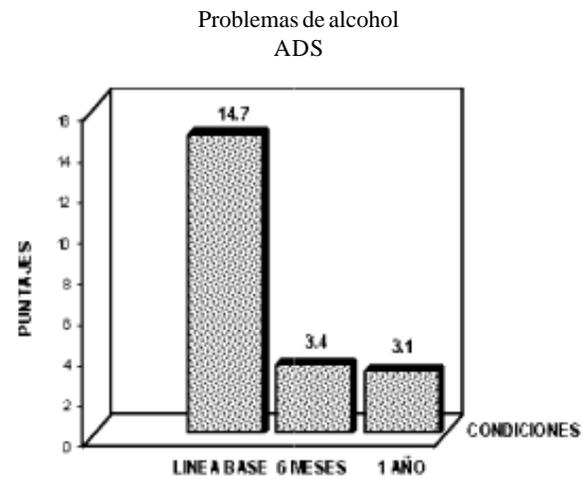
Gráfica 1. Número promedio de copas estandar de alcohol en que los 18 participantes reportaron consumir en cada ocasión en las distintas condiciones de la investigación por medio de la TLFB-A



Gráfica 2. Número promedio de copas estandar de alcohol en que los 18 participantes reportaron consumir a la semana en las distintas condiciones de la investigación por medio de la TLFB-A



Gráfica 3. Número promedio de problemas de alcohol reportados por los 18 participantes por medio de RAPI en la línea base y en los seguimientos a los 6 meses y al año



Gráfica 4. Puntajes promedio obtenidos por los 18 participantes por medio de la ADS en la línea base y en los seguimientos a los 6 meses y al año

TLFB-A = Time Line Follow-Back (TLFB; Sobell & Sobell, 1992)
 RAPI = Rutgers Alcohol Problem Inventory (RAPI; White & Labouvier, 1989)
 ADS = Alcohol Dependence Scale (ADS, Skinner, Hom, Wanberg & Fester, 1984)

Figura 2. Resultados de eficiencia

PERSPECTIVAS FUTURAS

Se reconoce que el actual conocimiento de que se dispone no cuenta con la validez empírica suficiente que nos garantice resultados del todo efectivos con las hipótesis de igualación con que contamos. Sin embargo, se justifica el tener cierto optimismo en creer que estamos dando los pasos adecuados, en la medida en que se están empleando manuales y tratamientos específicos estandarizados que sumen un progreso particular a lo largo del curso de la terapia. No obstante se busca, al mismo tiempo, proporcionar a los terapeutas manuales que les permitan una mayor flexibilidad, al tiempo que se ajustan al marco teórico establecido.

El modelo descrito tiene la capacidad de integrar y secuenciar otros programas de tratamiento conductuales específicos y de amplio espectro (e.g., el CRA, Community Reinforcement Approach, Azrin *et al.*, 1982), e inclusive combinar en su momento y con las reservas del caso, a otras modalidades terapéuticas derivadas de otros enfoques teóricos (e.g., el modelo psicofarmacológico). Por el momento, resulta necesario evaluar sistemáticamente diversas hipótesis de igualación por medio del modelo de atención escalonada aquí descrito, que nos permita determinar cuáles funcionan mejor para sub-grupos diferentes de problemas de alcohol.

REFERENCIAS

- Addiction Research Foundation. (1993). *Directory of client outcome measures for addictions treatment programs*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Adinolfi, A. A., McCourt, W. F. & Georghegan, S. (1976). Group assertiveness training for alcoholics, *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 311-320.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Structured relapse prevention: An outpatient counseling approach*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre.
- Armor, D.J., Polich, J.M. & Stambul, H. B. (1978) *Alcoholism and treatment*. New York: Wiley
- 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., Hoffmann, M., Delboca, F., Hesselbrock, V., Meyer, R. Dolinsky, Z.S. & Rounsaville. B. (1992). Types of alcoholics I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- 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.
- 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.
- Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1978). Evaluating alcoholism treatment programs: An integrated approach, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1105-1119.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and interventions for college students (BASICS): A Harm reduction approach*. New York: Guilford Press.
- Edwards, G., Duckit, A., Oppenheimer, E., Sheeham, M. & Taylor, C. (1983). What happens to alcoholics? *Lancet*, 2, 269-271.
- EMA (2005). *Examen Médico Automatizado para Estudiantes*. Generación 2005. Dirección General de Servicios México. Secretaría Administrativa. UNAM.
- 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.
- 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*, 47, 22-34.
- Glaser, F. (1980). Anybody got a match? Treatment research and the matching hypothesis. En G. Edwards & M. Grant (Eds.), *Alcoholism Treatment and Transition*. London: Croom Helm, 178-196.
- Gulliver, 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.
- 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.
- Institute of Medicine (1989). *Prevention and Treatment of Alcohol Problems: Research Opportunities*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- 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.
- 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*. 2nd. Edition. New York: The Guilford Press, pp. 65-91.
- 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.
- 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*. New York : Springer, pp. 259-272.
- Lindstrom, L. (1992). *Managing Alcoholism: Matching Clients to Treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- 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.
- McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Kron, R., Alterman, A.I. & Druley, K.A. (1980). Matching substance abuse patients to appropriate treatment: A conceptual and methodological approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 189-195.
- 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., Brown, J.M., Simpson, T. L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K. & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment Approaches: Effective alternatives*. 2nd. Edition, pp. 12-44. Boston: Allyn and Bacon.
- 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*. Oxford: Pergamond Press, pp. 11-141.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). Matching problem drinkers with optimal treatments. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Process of Change* (pp. 175-203). New York: Plenum.
- 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. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association*, Washington, DC.
- 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., & 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. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trails of treatment for alcohol use disorders, *Addiction*, 97, 265-277.
- Mora-Ríos, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública de México*, 43, (2), 89-96.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). The physician's guide to helping patients with alcohol problems (NIH Publication No. 95-3769). United States Public Health Service. Retrived March 17th, 2005, from www.niaaa.nih.gov/publications/phycscin.htm
- 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., Oppenheimer, E. & Edwards, G. (1976). 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. (1976). The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on treatment outcome. *British Journal of Psychiatry*, *128*, 318-339.
- 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.
- Polich, J. M., Armor, D. J. & Braiker, H. B. (1981). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. News York: Wiley.
- Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*, 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1997b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Tests of the Projects MATCH secondary a priori hypothesis. *Addiction*, *92*, 1671-1698.
- Quiroga, A.H. (2003a). Entrevista Diagnóstica-prescriptiva para seleccionar y derivar a estudiantes universitarios con problemas de alcohol a los tratamientos específicos de un modelo cognitivo-conductual de atención escalonada. Documento no publicado.
- Quiroga, A.H. (2003b). Un Modelo Cognitivo-Conductual y Motivacional para la Atención Escalonada de Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol. *Proyecto de Investigación Doctoral*. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM.
- Quiroga, A.H. (2007). Un Modelo Cognitivo-Conductual y Motivacional para la Atención Escalonada de Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada. UNAM. México, D. F.
- Quiroga, A.H. & Cabrera, A.T. (Trads.) (2003). Deteccion e Intervencion Breve de Alcohol en Estudiantes Universitarios (DIBAEU). Un Enfoque de Reducción del Daño. UNAM, Facultad de Psicología. México. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de L.A. Dimeff, J. S. Baer, D. R. Kivlahan & G. A. Marlatt (1999) *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS)*. New York: The Guilford Press.
- Quiroga, A.H. & Mata, M.A. (2005, Mayo). A Stepped-Care broad-Spectrum Cognitive-Behavioral Treatment Program for Addictive Behaviors in University Population. *Sesión cartel presentada en la 31st reunión anual de la Association for Behavioral Analysis*. Chicago, Ill.
- Quiroga, A.H., Mata, M.A. & 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, 29 Noviembre al 3 de Diciembre.
- Quiroga, A.H., Mata, M.A., Zepeda, V.H., Cabrera, A.T., Herrera, R.G., Reidl, M.L & Villatoro, V.J. (2003). Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios. *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas*. 85-89. Secretaría de Salud. México.
- Quiroga, A.H. & Montes, C.V. (Trads.) (2003). Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para Bebedores Problema (TAG). UNAM, Facultad de Psicología, México. Traducción y adaptación al español a partir del original de M.B. Sobell & Sobell (1993), *Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment*. New York: The Guilford Press London.
- Quiroga, A.H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaídas (PER) Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa. UNAM, Facultad de Psicología, México. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de H.M. Annis, M.A. Herie & L. Watkin-Merek (1996), *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre.
- 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).
- Rotgers, F. & Davis, A.B. (2006). *Treating alcohol problems*. Hoboken, New Jersey: John Willey & Sons.
- Smart, R. G. (1978). Characteristics of alcoholics who drink socially after treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *2*, 49-52.
- Skinner, H.A., Horn, J.L., Wanberg, K. & FASTER, F.M. (1984). *Alcohol Use Questionnaire (Alcohol Dependence Scale-ADS)*. Toronto: Addiction Research Foundation.,.
- Sobell, L.C. & Sobell, M. B. (1992). Time Line Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption, En R. Litten & J. Allen. (Eds.), *Measuring Alcohol Consumption. Psychosocial and Biochemical Methods*, The Human Press, Inc, p. 41-72

- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1999). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. In 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*, 68 (4), 573-579.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2005). Guided Self-Change Model of Treatment for Substance Use Disorders, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, pp. 199-210.
- Vogler, R. E., Crompton, J. V. & Weissbach, T. A. (1975). Integrated 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). Integrated behavior change techniques for problem drinkers in the community, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 267-279.
- Wechsler, H. & Austin, S. B. (1998). Binge drinking: The five/four measure (letter). *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 122-123.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. & Rimm, E. B. (1995). A gender specific measure of binge drinking among college students, *American Journal of Public Health*, 85, 982-985.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M. & Lee, H. (2000). Collage binge drinking in the 1990s: A continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College and Health*, 48, 199-210.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., et al. (2002). Trends in college 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.
- White, H. R. & Labouvier, E. W. (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.
- Winokur, G., Reich, T., Rimmer, J. & Pitts, F. N., Jr. (1970). Alcoholism. III. Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. *Archives of General Psychiatry*, 23, 104-111.
- 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.

Recepción: Mayo, 2006

Aceptación final: Julio, 2007