

# Estudio de caso único de efectividad de intervención en línea para bebedores problema<sup>1</sup>

*(Single-case study of effectiveness of online intervention for problem drinkers)*

**Nikolai Stepanov<sup>2</sup> y Georgina Cárdenas-López**

Universidad Nacional Autónoma de México

(México)

## RESUMEN

El consumo nocivo del alcohol tiene un impacto negativo significativo a nivel nacional e internacional. Desafortunadamente, existe una significativa brecha de tratamiento para personas que presentan esta problemática, y dicha brecha se presenta en México. La evidencia indica que la mayoría de las personas con problemas de alcohol pueden beneficiarse de intervenciones breves, y la implementación de intervenciones en una modalidad vía Internet ha mostrado su eficacia para el tratamiento de problemas relacionados al alcohol, mostrando una particular utilidad durante la pandemia. El presente trabajo consistió en describir una intervención breve para bebedores problema llamada programa de autocambio dirigido, adaptada a Internet en formato autoaplicado con guía terapéutica, y presentar un estudio de caso único para evaluar su potencial efectividad. El análisis de los datos indicó un efecto potencial en la disminución del consumo excesivo de alcohol. Además, hubo una mejoría en variables asociadas de la percepción de la gravedad de consumo, la satisfacción con el estilo de vida, y la disposición al cambio. Asimismo, la evaluación de la usabilidad del programa fue positiva. Dichos resultados deben considerarse tentativos debido a las limitaciones del diseño cuasiexperimental y deben ser corroborados, pero indican una potencial efectividad del programa en esta modalidad.

*Palabras clave:* bebedores problema, intervenciones breves, intervenciones vía Internet, telepsicoterapia, autoayuda guiada.

1) El presente estudio fue posible gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Número de becario: 608452. Número de beca: 449346.

2) Enviar correspondencia a: Nikolai Stepanov, 3 poniente 911-6. Colonia Centro. San Pedro Cholula, Puebla. C. P. 72760. Correo electrónico: nikolai.stepanovs@gmail.com.

## ABSTRACT

Harmful alcohol consumption has significant negative consequences, both on a national and international level. Unfortunately, there is a considerable treatment gap for people exhibiting this problem, and this gap is present in Mexico. The majority of people experiencing problems with alcohol can benefit from brief interventions, and there is evidence that Internet-based, therapist guided, self-help interventions can be effective in the treatment of alcohol problems. In addition, the use of information and communication technologies for the treatment of alcohol abuse has proven to be a valuable tool during the pandemic. The present work consisted in describing a brief intervention for problem drinkers, called Guided Self-Change, adapted to such an Internet format, as well as performing a quasi-experimental single case study design of one participant in order to obtain preliminary results of the intervention's effectiveness. The results indicated that the treatment seemed to decrease harmful drinking, as well as positively affecting related variables such as the perception of alcohol consumption severity, life satisfaction and willingness to change. Additionally, the usability of the Internet-based format was positively rated, indicating its potential acceptability. However, because of the limitations inherent to the quasi-experimental nature of the design, the findings are only tentative, and need to be corroborated by replications, and more sophisticated study designs, such as those using multiple baselines, and/or randomized controlled trials.

*Keywords:* problem drinkers, brief interventions, internet interventions, telepsychotherapy, guided self-help.

El consumo nocivo de alcohol tiene un impacto significativo y perjudicial en la salud, la economía y la sociedad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El uso indebido de alcohol está asociado con más de 200 enfermedades y afecciones, y representa el 5.3% de todas las muertes cada año en todo el mundo, además de ser responsable del 5.1% de la carga de enfermedades y lesiones en años de vida ajustados por discapacidad (AVADs). En las Américas, la situación es particularmente preocupante, ya que el consumo promedio de alcohol en la región supera al resto del mundo (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2015). A pesar de la gravedad de la situación, la mayoría de los países carecen de las políticas necesarias para prevenir y tratar los problemas relacionados con el alcohol (OMS, 2014), y el abuso y la dependencia del alcohol tienen la mayor brecha de tratamiento entre los trastornos mentales (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004). Aunado a esto, se ha especulado que el aislamiento causado por la pandemia es un posible factor contribuyente del aumento del uso indebido del alcohol (Clay & Parker, 2020).

En México, el consumo excesivo de alcohol (definido como 5 o más bebidas estándar por ocasión para los hombres, y 4 o más para las mujeres), ha ido en aumento (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRF]; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]; Secretaría de Salud [SSA], 2017). Mientras que sólo el 12.3%

de los adultos mexicanos se dedicaban al consumo excesivo mensual de alcohol en 2011 (5 o más tragos por ocasión), esta cifra había aumentado a 19.8% en 2016. Cabe señalar que el patrón típico de consumo de alcohol en México es el explosivo-episódico, con una ingesta nula o mínima durante la semana y episodios de uso excesivo durante el fin de semana.

El consumo nocivo de alcohol está asociado con 64 enfermedades en México, y es el principal factor de riesgo para desarrollar una enfermedad (INPRF; INSP; CONADIC; SSA, 2017). Además, el alcohol es responsable del 6.5% de las muertes prematuras y del 1.5% de los AVADs (Gómez-Dantés et al., 2017). En 2016, el alcohol fue la sustancia más comúnmente identificada en personas bajo la influencia de drogas que habían ingresado en una sala de emergencias (67.8%), y la más frecuente (66.6%) en individuos fallecidos en los cuales se encontró una sustancia psicoactiva (INPRF; INSP; CONADIC; SSA, 2017). Además, el 23% de las autopsias reveló la presencia de alcohol en personas que habían muerto como resultado de lesiones en vehículos motorizados entre 2001 y 2011 (Guerrero-López, Muños-Hernández, Sáenz de Miera-Juárez, Pérez-Núñez y Reynales-Shimatsuge, 2013). Aunado a esto, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de tener problemas legales (Natera, Juárez, Medina-Mora y Tiburcio, 2007) y de violencia contra las mujeres en una relación íntima (SSA, 2002). De acuerdo con los últimos datos del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas (CONADIC, 2021), el alcohol ocupó el primer lugar como causa de visitas a servicios de urgencias por trastornos mentales del comportamiento debido al uso de sustancias y muerte por dichos trastornos en México, además de ser la sustancia relacionada a la mayor cantidad de muertes debido al consumo de sustancias psicoactivas. Por último, tanto el uso como los trastornos del consumo del alcohol representan el mayor número de AVADs a nivel nacional (CONADIC, 2021).

Desafortunadamente, el sistema mexicano de salud mental carece de un desarrollo adecuado para abordar eficazmente estos problemas (PAHO, 2011). Del presupuesto nacional total asignado a la salud, sólo el 2% se asigna a la salud mental, y el 80% de estos recursos se invierten en hospitales psiquiátricos ubicados en viviendas urbanas; esto se traduce en una barrera geográfica al tratamiento y obstaculiza significativamente cualquier esfuerzo de intervención comunitaria. Por último, el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol se ve obstaculizado por factores socioculturales, personales y ambientales (Marín-Navarrete, Medina-Mora y Tena-Suck, 2014).

Teniendo en cuenta que la problemática relacionada con el alcohol es de naturaleza heterogénea, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (1990) propuso el término de “problemas de alcohol” con el fin de incluir al espectro más amplio de bebedores que se deben considerar al implementar intervenciones. Basándose en este enfoque, el Instituto creó un mapa terminológico que representa a la población estadounidense y sus diferentes segmentos, teniendo en cuenta su ingesta de alcohol y sus posibles problemas asociados. Según este mapa, una parte considerable de la población no consume alcohol, seguida por el segmento más grande, que incluye bebedores ligeros y moderados. En conjunto, estos grupos representan aproximadamente el 75% de la población total. El resto de la población se divide en

dos grupos: el 20% se dedica a al consumo sustancial, y el 5% consiste en bebedores fuertes. El Instituto clasifica el mencionado 20% como “bebedores problema”, y el 5% restante como personas con dependencia al alcohol. Según el Instituto, esta proporción aproximada de bebedores problemáticos y personas con dependencia al alcohol está presente en la mayoría de los países, incluyendo México (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

Con el fin de describir a los bebedores problema, es importante discutir las diferencias entre ellos y las personas con una dependencia del alcohol. Las personas que sufren de dependencia al alcohol muestran un estilo de vida que se centra en la adquisición y el consumo de alcohol, y desarrollan síntomas significativos de abstinencia al cesar la ingesta, como temblores graves, alucinaciones y temblores del delirio (Sobell y Sobell, 2015). Además, estas personas tienden a tener problemas significativos en su vida social y profesional, así como sufrir de enfermedad física debido al abuso del alcohol. Por el contrario, mientras que los bebedores problema pueden experimentar problemas debido a su considerable consumo de alcohol, estos problemas suelen ser el resultado directo de episodios específicos de consumo excesivo de alcohol. Además, los bebedores problema no son usuarios crónicos, no presentan síntomas significativos de abstinencia, tienen períodos durante los cuales se abstienen de beber o beben con moderación, y poseen más estabilidad social y profesional. Los bebedores problema también tienden a presentar una ingesta episódica-explosiva (Ayala et al., 1998), y son responsables de la mayoría de los costos asociados con el abuso de alcohol (Moore y Gerstein, 1981). Además, este tipo de bebedores suelen ver la moderación como un objetivo realista (Skinner y Allen, 1982) y una evidencia considerable indica que los tratamientos menos intensivos podrían ser más apropiados para este grupo (Sobell y Sobell, 2005), con décadas de investigación mostrando que las intervenciones breves son eficaces en el tratamiento de personas con problemas de alcohol leves y moderados (Heather, 2004; Nielsen, Kaner y Babor, 2008).

El programa de autocambio dirigido (ACD) es una intervención breve cognitivo-conductual y motivacional que proporciona asesoramiento a los clientes sobre las decisiones responsables relacionadas con el consumo de alcohol, realizando un análisis funcional de los comportamientos de ingesta del cliente, identificando situaciones en las que existe riesgo de consumo excesivo y buscando alternativas más saludables para manejar esas situaciones (Sobell y Sobell, 2005). Su eficacia ha sido demostrada en diferentes poblaciones y entornos, incluyendo formatos individuales (Sobell y Sobell, 1993) y grupales (Sobell, Sobell, Brown y Cleland, 1995), usuarios de otras drogas (Sobell et al., 1995; Sobell, Sobell y Agrawal, 2009), y adolescentes de grupos minoritarios (Wagner, Hospital, Graziano, Morris y Gil, 2014).

En el caso de México, se realizó una investigación para probar la efectividad del programa de ACD con 177 participantes (85.9% del sexo masculino y 14.1% del sexo femenino, con una edad promedio de 37.5 años) que experimentaban problemas con su consumo de alcohol (Ayala et al., 1998; se recomienda consultar esta fuente para obtener mayores detalles acerca del estudio y sus resultados). Los participantes reportaron un 73% de días de abstinencia al mes durante los

12 meses previos al tratamiento, 72.5% durante el tratamiento, 84% en el seguimiento de 6 meses y un 82% a los 12 meses posteriores al tratamiento. En cuanto al tipo de consumo durante los días en los que éste se presentaba, los sujetos pasaron de un consumo primordialmente muy excesivo (10 o más tragos por ocasión) antes del tratamiento, a un consumo principalmente moderado (1 a 4 tragos) en los seguimientos de 6 y 12 meses; las diferencias de consumo muy excesivo antes y después del tratamiento fueron estadísticamente significativas ( $Z = 4.37$ ,  $\alpha = 0.000$ ). Finalmente, el consumo de bebidas promedio por ocasión pasó de 9.2 en el pre-tratamiento, a 4.4 durante la intervención, 5.8 a los 6 meses de seguimiento y 6.5 a los 12 meses; el uso de la  $t$  de Student para medias apareadas indicó diferencias estadísticamente significativas en el caso de las tres fases ( $t = 4.26$ ,  $\alpha = 0.000$ ). Además de estos resultados, una adaptación oficial del manual de intervención para la población mexicana fue llevada a cabo a través de la SSA (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2012).

Las terapias guiadas basadas en Internet combinan materiales de autoayuda con un terapeuta que apoya y motiva al cliente por correo electrónico (Postel, de Haan y De Jong, 2008) u otros medios, como llamadas telefónicas o foros de Internet (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy y Titov, 2010). Hay evidencia de que este tipo de intervenciones pueden ser tan eficaces como la terapia presencial en el tratamiento de trastornos depresivos y de ansiedad (Cuijpers, Donker, van Straten, Li y Andersson, 2010).

En el caso de problemas relacionados con el alcohol, varios estudios muestran que las intervenciones guiadas basadas en Internet son una alternativa de tratamiento viable (Sundstrom et al., 2016; Postel, de Haan, ter Huurne, Becker y de Jong, 2010; Blankers, Koeter y Schippers, 2011). Además de esto, hay ventajas específicas que el Internet podría ofrecer en el tratamiento del abuso del alcohol (Vernon, 2010). Uno de ellos es el hecho de que la motivación para cambiar un patrón problemático de bebida es un estado temporal que podría derivar de las consecuencias de un episodio específico de consumo (Cunningham, Sobell, Sobell y Gaskin, 1994) y debe aprovecharse mientras el deseo de cambio está presente, lo que requeriría un fácil acceso a herramientas de evaluación del patrón de consumo y materiales de ayuda (Cloud y Peacock, 2001); el Internet podría proporcionar dicho acceso, con la ayuda disponible en todo momento. Además, el relativo anonimato de las intervenciones en Internet podría ser atractivo para las personas reuentes a buscar ayuda más tradicional debido al estigma asociado con los problemas del alcohol (Klingemann et al., 2001; Toll et al., 2003). Asimismo, las intervenciones basadas en Internet podrían ayudar a las personas con problemas de habilidades sociales que les impiden comunicarse eficazmente con terapeutas o grupos de apoyo (Griffiths, 2005).

Aunado a esto, la posibilidad de ofrecer intervenciones en línea enfocadas en el cambio conductual ha sido reconocida debido a su potencial (Murray, 2012), especialmente por su alcance, accesibilidad, efectividad y bajo costo (Bennet y Glasgow, 2009; Robinson et al., 1998). Una forma de definir las técnicas de cambio conductual es designarlas como componentes pertenecientes a una intervención con el objetivo de reorientar el comportamiento, caracterizados por ser irreducibles, observables y

replicables (Michie et al., 2011). Las intervenciones digitales de cambio conductual emplean tecnologías digitales para el mantenimiento de la salud (Yardley et al., 2016), desarrolladas en forma de páginas de internet y aplicaciones (Roberts et al., 2017). Con el propósito de crear definiciones precisas y específicas de las técnicas de cambio conductual, Michie et al. (2013) desarrollaron una taxonomía jerárquicamente estructurada de dichas técnicas a partir del consenso de expertos pertenecientes a las áreas de medicina conductual, psicología y promoción de la salud, entre otras. El resultado fue una lista de 93 técnicas asociadas en 16 grupos. Los grupos fueron: (a) objetivos y planeación; (b) retroalimentación y monitoreo; (c) apoyo social; (d) moldeando el conocimiento; (e) consecuencias naturales; (f) comparación de comportamiento; (g) asociaciones; (h) repetición y sustitución; (i) comparación de resultados; (j) recompensa y amenaza; (k) regulación; (l) antecedentes; (m) identidad; (n) consecuencias planeadas; (o) auto-creencia y; (p) aprendizaje encubierto.

Si la taxonomía anteriormente presentada es aplicada al ACD, podrá observarse que dicho programa (como se verá más adelante, en su adaptación a la versión de Internet) contiene numerosas técnicas de cambio conductual incluidas en la taxonomía (Echeverría et al., 2012). Respecto a la categoría los objetivos y planeación, el ACD incluye la fijación de metas, solución de problemas, planes de acción, y la revisión de metas. De la categoría de retroalimentación y monitoreo, se incluyen el auto-monitoreo y el auto-monitoreo de los resultados del comportamiento. La revisión de antecedentes que detonan el consumo excesivo también forma parte del programa (moldeando el conocimiento), así como una reversión de hábitos y la sustitución del comportamiento para encontrar alternativas a un consumo de alcohol problemático (repetición y sustitución). Además, se revisan los pros y los contras de un consumo excesivo (comparación de resultados), y se proporcionan recompensas sociales por seguir usando el programa a través del elogio (recompensa y amenaza). Asimismo, la intervención promueve la conservación de recursos mentales (regulación) al proporcionar un formato de auto-registro de consumo, la reestructuración del entorno físico/social (antecedentes) al dar sugerencias acerca de cómo evitar un consumo de alcohol excesivo, y hacer explícitas las creencias incompatibles (identidad) al incluir ejercicios que contrastan el estado actual del usuario respecto a su ingesta y las metas que desea alcanzar. Finalmente, el ACD incluye la persuasión verbal acerca de capacidad (auto-creencia) mediante argumentos que apoyan la posibilidad de lograr un cambio, y la recompensa imaginaria (aprendizaje encubierto) con ejercicios que permitan al usuario imaginar la forma en la que su vida mejoraría si se eliminara el consumo excesivo de alcohol. Los ejemplos anteriores muestran que el programa de ACD cuenta con numerosas herramientas para generar un cambio conductual, además de que las intervenciones vía Internet tienen una probabilidad favorable de tener éxito si se basan en el marco teórico de la terapia cognitivo-conductual (Murray, 2012).

Por último, la opción de asistencia a distancia podría ser una alternativa viable para personas que buscan tratamiento durante situaciones de encierro, del tipo presenciado debido al brote de COVID-19 (The Lancet Gastroenterology Hepatology, 2020). Es importante destacar que, a pesar de que el número de casos y muertes

por COVID-19 ha disminuido, la OMS (Naciones Unidas, 22 de mayo de 2022) no considera que la pandemia ha terminado, especialmente ante la posibilidad de más muertes y el potencial surgimiento de nuevas variantes del virus. La presente pandemia ha tenido un impacto significativo en las personas, ya que medidas como el distanciamiento social cambiaron su vida de manera importante, trayendo como resultado estados como la ansiedad, el miedo y la preocupación (CONADIC, 2021). Asimismo, las personas han tenido que lidiar con situaciones como la muerte de personas cercanas, el desempleo, y la inseguridad económica. Se ha especulado que, debido a la pandemia, los estresores agudos como el desplazamiento laboral, los estresores crónicos como los problemas financieros y el aislamiento, así como el estrés de la incertidumbre pueden influir en el abuso del alcohol como estrategia de afrontamiento (Zvolensky et al., 2020).

En el contexto de la pandemia, el consumo del alcohol debilita el sistema inmune, lo que reduce la habilidad del cuerpo de combatir infecciones en general, incluyendo el COVID-19 (OMS, 2020). Además, un uso excesivo del alcohol aumenta el riesgo de padecer el síndrome de dificultad respiratoria aguda, una complicación particularmente grave del COVID-19. Finalmente, las reuniones en lugares públicos o privados donde se puede consumir alcohol aumentan la posibilidad de transmitir el virus. Debido a los hechos anteriores, las intervenciones que buscan reducir o parar la ingesta de alcohol se vuelven particularmente relevantes.

Los estudios de las tendencias de consumo de alcohol durante la pandemia han mostrado resultados mixtos (Calina et al., 2021). Por ejemplo, estudios realizados en los Estados Unidos (Pollard, Tucker y Green, Jr, 2020), Bélgica (Vanderbruggen, 2020), Polonia (Sidor y Rzymiski, 2020), y China (Calina et al., 2021) indicaron un aumento de la ingesta del alcohol durante la pandemia. Por otro lado, se ha reportado que el consumo de alcohol durante este periodo de tiempo no fue diferente del exhibido antes del brote de COVID-19 en México (CONADIC, 2021) y el Reino Unido (Anderson et al., 2020). Asimismo, una encuesta que incluyó a países de América del Norte y del Sur, Europa, África y Asia, mostró una disminución marcada en el consumo episódico-explosivo durante la pandemia (Ammar et al., 2020). Finalmente, es importante recalcar que, en el caso de México, a pesar de una ausencia de cambio de consumo en general, se observó que los individuos que estaban tratando de dejar de consumir alcohol presentaron recaídas debido al confinamiento (SSA, 14 de noviembre de 2021).

Ante esta situación, las intervenciones proporcionadas en línea se vuelven un recurso viable para personas con problemas de consumo de alcohol durante la pandemia (OMS, 2020). El aislamiento social y el estrés relacionados al COVID-19 pueden agravar los problemas relacionados al alcohol (Clay y Parker, 2020), y las intervenciones en línea representan una alternativa factible, ya que pueden ajustarse en relación a su escala y superar las barreras al tratamiento, además de ser mejor aceptadas que las intervenciones cara a cara (McCambridge y Saitz, 2017; Riper et al., 2018). En el caso de México, las tecnologías de la información mostraron su importancia en el tratamiento de problemas de consumo de sustancias durante la pandemia, ya que numerosos profesionales proporcionaron ayuda a distancia a personas que buscaban dicho tratamiento (CONADIC, 2021).

Dada la situación antes citada, el objetivo de este estudio es describir el contenido del programa de ACD adaptado a una modalidad vía Internet con guía terapéutica, así como estudiar su impacto en algunos indicadores importantes de un usuario de dicha intervención, incluyendo su nivel de ingesta, su nivel de satisfacción de vida, la percepción de la gravedad de los problemas con el alcohol, y la disposición al cambio como una evaluación preliminar de la efectividad de este formato de intervención. Asimismo, se presenta una evaluación de la usabilidad del programa por parte del participante.

## MÉTODO

### *Participante*

El participante forma parte de un estudio aleatorizado controlado en curso que busca comparar la eficacia del programa de ACD guiado vía Internet con el mismo programa sin guía terapéutica, y firmó una carta de consentimiento autorizando su participación en la investigación anteriormente mencionada; asimismo, firmó una carta de consentimiento adicional para autorizar el uso de su información para ser empleada en el presente estudio de tal manera que no pudiera ser identificado a base de los datos presentados. Se puso en contacto con el equipo de investigación como resultado de la promoción del programa por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Es un varón mexicano de 36 años, casado, con una educación universitaria y un trabajo de tiempo completo. Reveló que ha estado consumiendo alcohol durante los últimos 20 años, y no reportó tener síntomas significativos de abstinencia (temblores, convulsiones, alucinaciones) o el uso de otras sustancias además de la caféina, que consumía semanalmente. Su puntuación en el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]; Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001) fue de 10, indicando un posible consumo de riesgo o perjudicial.

### *Diseño de investigación*

Para probar la eficacia potencial de la intervención, el estudio consistió en un diseño cuasiexperimental de caso único (Barlow, Nock y Hersen, 2009), con mediciones pre-tratamiento, durante el tratamiento, y a un mes después del tratamiento.

### *Instrumentos*

Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Alcohol (AUDIT; Babor et al., 2001). La prueba de 10 ítems fue desarrollada por la OMS para identificar posibles trastornos por consumo de alcohol, con la intención de tener un diseño transnacional, sensible a la edad, género y diversas culturas (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993; Saunders, Aasland, Amundsen y Grant, 1993;

Allen, Litten, Fertig y Babor, 1997). La validación de la prueba en México ha mostrado una alta sensibilidad (80%) y especificidad (89%), con un valor predictivo negativo del 95% y un valor positivo del 60%, y una alta fiabilidad interna de .87 (De la Fuente y Kershenovich, 1992; Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998).

Línea Base Retrospectiva (LIBARE; Sobell y Sobell, 1992). El instrumento permite a los bebedores reconstruir retrospectivamente su ingesta diaria de alcohol utilizando un calendario. Su validez se ha establecido con diferentes poblaciones canadienses utilizando corroboraciones independientes y mediciones fisiológicas (Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998a). En un estudio que incluyó una población mexicana (Sobell et al., 2001), la LIBARE mostró una validez y confiabilidad aceptables, con correlaciones intraclase entre .91 y .99.

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA; Annis, 1982). El inventario busca evaluar los tipos de situaciones en las que el bebedor ingirió alcohol excesivamente durante el año anterior. Las situaciones se dividen en situaciones personales (emociones agradables, emociones desagradables, malestar físico, prueba de autocontrol, necesidad de consumo) y situaciones que involucran a otros (momentos agradables con los demás, conflicto con los demás, presión social para beber). El inventario consta de 100 artículos en una escala de cuatro puntos que van de 0 (*nunca*) a 3 (*casi siempre*). En un estudio con población mexicana, ha demostrado una validez y fiabilidad adecuadas, con correlaciones intraclase entre .49 y .94 (Sobell et al., 2001).

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS; Annis & Graham, 1988). El cuestionario mide la autoeficacia percibida por los usuarios de alcohol de no tener un consumo excesivo en situaciones de riesgo (Echeverría et al., 2012). La validez y confiabilidad del cuestionario han sido probadas (para mayor información, véase Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998b). La versión original consiste en 100 reactivos de situaciones que fueron empleados en el ISCA, pero la versión mexicana del programa de ACD contiene exclusivamente ocho reactivos referentes a las categorías de las situaciones, evaluadas en una escala de 0 a 100% de confianza (Echeverría et al., 2012). Dicha versión abreviada posee una buena validez y confianza (Breslin, Sobell, Sobell, y Agrawal, 2000):  $\alpha = 0.85$ , y una correlación intraclase de 0.80 en comparación con la versión original extendida.

Cuestionario de Disposición al Cambio (Heather y Hönnekopp, 2008). El cuestionario determina la fase de cambio en la que se encuentra el participante respecto a su consumo de alcohol (Prochaska & Velicer, 1997): pre-contemplación, contemplación, y acción. Consta de 12 reactivos con escala Likert. La versión adaptada para México (Rivera, 2016) reduce el número de reactivos a seis, con una escala de Likert que va de 0 (*totalmente en desacuerdo*) a 6 (*totalmente de acuerdo*), e incluye solamente las fases de contemplación y acción por relevancia cultural. Cuenta con un porcentaje de varianza explicado del 72.18 %, y un  $\alpha$  de .721. La fase de contemplación implica que el sujeto evalúa los pros y los contras de su conducta problemática y puede sentir una ambivalencia hacia el cambio, mientras que la fase de acción consiste en cambios explícitos realizados en el estilo de vida para modificar el comportamiento (Prochaska y Velicer, 1997).

Escala de Usabilidad del Sistema (EUS; Brooke, 1996). La escala se utiliza para determinar la eficacia, eficiencia y satisfacción con la que el usuario emplea el sistema para lograr un propósito específico (ISO 9241-11, 1998). El instrumento tiene 10 elementos con una escala Likert de cinco puntos, pasando de *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo*. La versión mexicana de la escala (Hedlefs y Garza, 2016) tiene una alta confiabilidad (.92) y una buena validez de constructo.

Cuestionario de pre-selección. Este cuestionario fue adaptado del manual del programa de ACD mexicano, y tiene el propósito de determinar si los candidatos cumplen con los criterios de inclusión (Echeverría et al., 2012). Sus preguntas se refieren a la nacionalidad del candidato, edad, síntomas de abstinencia de alcohol, el número de bebidas semanales consumidas, el uso de otras drogas y el deseo de utilizar el programa voluntariamente.

Cuestionario inicial. Adaptado del manual antes mencionado, el cuestionario busca obtener información demográfica (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral), así como nivel de satisfacción de la vida (cinco opciones, desde *muy satisfecho* hasta *muy insatisfecho*) y la percepción de la gravedad del problema del alcohol (cinco opciones, desde *sin problema* hasta un *gran problema*).

Cuestionario de conclusión del tratamiento/seguidimiento. Este cuestionario también fue adaptado del manual mexicano, e incluye las mismas preguntas sobre la satisfacción de la vida y la percepción de la gravedad del problema del alcohol.

Auto-informe de consumo de alcohol (Echeverría et al., 2012). El formato de auto-informe se ofrece al participante durante la intervención para llevar un registro de su consumo de alcohol diario durante la semana, incluyendo su meta de consumo para la semana, la cantidad de bebidas ingeridas, las circunstancias en las que se llevó a cabo la ingesta, además de los sentimientos y pensamientos que acompañaron a la ingesta.

### *Procedimiento*

Después de que el participante se puso en contacto con el investigador por correo electrónico, se le envió el cuestionario de pre-selección y el AUDIT en un formato de Word para ser llenado y enviado de vuelta al investigador. Tuvo que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: (a) ser de nacionalidad mexicana; (b) tener 18 o más años de edad; (c) carecer de síntomas significativos de abstinencia alcohólica; (d) consumir menos de 30 bebidas alcohólicas semanalmente; (e) usar únicamente alcohol, cafeína y/o tabaco; (f) aceptar participar voluntariamente en la intervención; (d) no recibir ningún otro tratamiento por su uso problemático del alcohol y; (f) no tener una dependencia potencial del alcohol (medida a través de una puntuación AUDIT  $\geq$  20).

Después de cumplir con los criterios de inclusión, se envió por correo al participante el cuestionario inicial, el Cuestionario de Disposición al Cambio, el CCS, así como la carta de consentimiento en un formato de Word para llenar. Después de que estos formatos fueron completados y recibidos por el investigador, el participante recibió acceso a la intervención de Internet. Al inicio de la intervención, se requirió que el participante completara una LIBARE generada automáticamente

con respecto a su ingesta de alcohol de los 90 días previos. Al final del tratamiento, se le pidió que completara nuevamente el Cuestionario de Disposición al Cambio, el CCS, así como el cuestionario de conclusión del tratamiento y el EUS. Finalmente, una vez completado el tratamiento, el investigador le envió una LIBARE en un formato Excel para completar la ingesta diaria de alcohol durante su participación en el programa en base a los auto-informes de consumo de alcohol. Después de 30 días transcurridos a partir de la conclusión del tratamiento, el investigador envió al participante una LIBARE en formato Excel para determinar la ingesta de alcohol durante dicho periodo, el cuestionario de seguimiento, el CCS, así como la carta de consentimiento adicional para utilizar sus datos en el presente texto.

### *Intervención*

El tratamiento consistió en una adaptación del manual mexicano del ACD (Echeverría et al., 2012) a una plataforma de Internet del Laboratorio Virtual de Aprendizaje y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la UNAM, utilizando la aplicación Moodle (versión 3.7). Mientras que el manual original incluye materiales en papel para ser utilizados durante y entre sesiones semanales presenciales con un terapeuta, la versión en línea consta de cinco módulos que pueden ser completados de forma autónoma por el usuario. Los módulos incluyen textos, imágenes, vídeos animados y narrados con imágenes, herramientas de evaluación con retroalimentación automática, así como ejercicios descargables en un formato de Word, con ejemplos de su llenado. Antes de su implementación, la versión de Internet fue probada por cuatro voluntarios que dieron sus comentarios sobre su funcionalidad y contenidos, y le dieron una puntuación media de 83.75 en la EUS, lo que indica una buena usabilidad (Bangor, Kortum y Miller, 2008).

Los módulos están organizados en un orden específico, y cada módulo sucesivo se vuelve accesible automáticamente sólo cuando se ha completado el módulo anterior. Cada módulo se puede completar en un tiempo aproximado de 60-120 minutos, y el usuario es alentado a completar un módulo por semana, con un máximo de seis semanas para terminar el programa.

El primer módulo inicia con una invitación al usuario a llenar una LIBARE generada automáticamente de la ingesta diaria de alcohol que se encuentra en un enlace externo incluido en el texto, y que incluye los 90 días anteriores antes de acceder al programa por primera vez. Se busca motivar al participante a llenar el calendario empleando textos e imágenes que recalcan su importancia como una manera de evaluar su consumo antes de la intervención y la posibilidad de compararlo con su progreso a lo largo del programa, así como después del mismo. Además, se introduce el concepto de trago estándar (trago que contiene 13 gramos de alcohol) y una tabla de sus equivalentes para diversas bebidas para registrar su consumo (una lata de cerveza de 341 ml, una copa de vino de 142 ml, y una copa de destilado de 43 ml; Echeverría et al., 2012). Finalmente, se le proporciona un video tutorial con texto y animación acerca de cómo llenar el calendario de la LIBARE.

Para generar dicha LIBARE automática, se creó un programa específico en forma de calendario usando el código abierto de Hypertext Preprocessor (PHP) y el

entorno de trabajo Laravel. Está dividido por año, mes y día de la semana, con días festivos nacionales e internacionales relevantes marcados, además de un espacio para que el usuario pueda ingresar el número de tragos que consumió cada día. Asimismo, el calendario le otorga al participante la posibilidad de hacer anotaciones respecto a eventos personales importantes para ayudarlo a recordar su consumo en días concretos. Después de que el calendario ha sido llenado por el usuario, se le presentan las estadísticas más relevantes de su consumo durante los 3 meses anteriores, incluyendo el total de tragos consumidos, el promedio de tragos consumidos por día cuando hubo consumo de alcohol, y los porcentajes de días en los que hubo abstinencia, un consumo moderado (1 a 4 tragos), un consumo excesivo (5 a 10 tragos) y un consumo muy excesivo (mayor a 10 tragos); si el participante ingresa su correo electrónico, dichos resultados son enviados al mismo de manera automática.

A partir de este punto, el módulo proporciona una introducción al programa, sus objetivos, sus componentes, ejemplos de personas ficticias a las que está dirigido, y su uso apropiado; dichos contenidos son presentados mediante textos, videos narrados e imágenes.

El segundo módulo busca ayudar al usuario a tener argumentos persuasivos para modificar su ingesta problemática. Inicia con la introducción del auto-informe (auto-registro) semanal de consumo de alcohol. Dicho informe se encuentra en formato Word descargable, e incluye las metas de consumo para la semana, un espacio para incluir la fecha de cada día, el número de tragos ingeridos divididos por categorías (cerveza, vino y destilados), las circunstancias del consumo (solo o en compañía, en un lugar público o privado), así como un espacio para anotar los sentimientos y/o pensamientos que acompañaron al consumo o su ausencia. Los argumentos para llevar auto-informes a lo largo del uso del programa son presentados mediante textos, imágenes y videos con narración, además de mostrar un auto-informe completado por uno de los personajes ficticios introducidos en el módulo anterior (este personaje será la base para todos los ejemplos de los ejercicios posteriores del programa); es importante destacar que todos los módulos posteriores incluirán una invitación a llenar los auto-informes en su página inicial, además de contener un vínculo para descargar el formato. Después de un video narrado explicando los objetivos del módulo, los textos, imágenes y videos se enfocan en ayudar al usuario a tener argumentos persuasivos para modificar su ingesta problemática. Para ello, se le pide completar un ejercicio descargable en formato Word en el que el participante evalúa los aspectos positivos y negativos de continuar su consumo problemático, así como de modificarlo. Adicionalmente, el participante debe completar un formato descargable Word en el que tiene que escribir las tres principales razones para cambiar su forma de beber alcohol. Los ejercicios anteriores van acompañados de ejemplos de formatos contestados por el personaje ficticio. Finalmente, se le proporciona un formato para establecer su meta de consumo para las semanas en las que va a estar participando en el programa, con recomendaciones para un consumo de bajo riesgo; dicha meta incluye el número de tragos a ingerir por ocasión, así como el número de ocasiones de ingesta por semana.

El tercer módulo explica en un video narrado que el objetivo principal es identificar situaciones de riesgo de consumo excesivo de alcohol específicos del

participante. Como una ayuda, se le pide completar el ISCA y el CCS. Debido a que las pruebas fueron agregadas a la plataforma de Moodle, se proporciona un video tutorial con texto y animaciones acerca de cómo contestarlas. Las pruebas fueron programadas para dar una retroalimentación automática acerca de cuáles de las ocho situaciones comunes de ingesta de alcohol representan un riesgo potencial de consumo excesivo para el participante (con una clasificación de “bajo riesgo”, “riesgo moderado”, “alto riesgo” y “muy alto riesgo”), así como su nivel de confianza de evitar un consumo fuerte en dichas situaciones. Además, se le pide al participante que complete un ejercicio en donde debe identificar las tres situaciones más comunes en las que consumió alcohol de manera excesiva durante el último año, incluyendo los factores que contribuyeron a cada situación, y sus consecuencias a corto y largo plazo. Este ejercicio se presenta en un formato Word descargable, y es precedido por un ejemplo contestado.

El cuarto módulo comienza con un video que explica que la meta principal es la elaboración de planes de acción para evitar un consumo excesivo en las situaciones identificadas por el participante en el módulo anterior. El ejercicio más importante de este módulo (en formato Word y contestado con un ejemplo) consiste en elegir tres planes de acción para cada una de las situaciones de consumo excesivo, y evaluar sus consecuencias. A partir de esto, se recomienda al usuario elegir los dos mejores planes para cada situación, y elaborar los pasos concretos para llevarlos a cabo.

El quinto módulo es el final de la intervención. Mediante un video con narración, invita al participante a evaluar su consumo durante el tratamiento a partir de los auto-informes que ha ido completando hasta dicho momento, además de las metas de consumo que se planteó en el segundo módulo. Así, el usuario puede determinar si su consumo se ha reducido, y si se lograron las metas establecidas. Adicionalmente, empleando textos, videos e imágenes, se proporcionan potenciales pasos a seguir si el consumo de alcohol del usuario no se ha modificado o se ha intensificado. Finalmente, se le pide al participante que complete el EUS, el CCS con retroalimentación, el Cuestionario de la Disposición al Cambio, así como el cuestionario de conclusión del programa, los cuales se encuentran en la plataforma.

La guía terapéutica se proporciona por correo electrónico por un terapeuta con conocimiento de la aplicación del programa de ACD (en este caso, el investigador principal); el terapeuta se pone en contacto con el usuario una vez a la semana para felicitar al participante por los avances realizados dentro del programa y animarlo a continuar. Asimismo, se le da la posibilidad al participante de contactar al terapeuta un número ilimitado de veces con respecto a preguntas/problemas relacionados con el programa, así como para solicitar retroalimentación sobre los ejercicios incluidos en los módulos. El terapeuta le proporciona una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir el correo electrónico.

Los datos del uso del programa empleados para el análisis del presente texto fueron obtenidos a partir del CCS, el Cuestionario de Disposición al Cambio, la EUS y el cuestionario de conclusión del programa, incluidos en el quinto módulo de la plataforma, así como las metas de consumo llenadas por el usuario en el segundo y quinto módulo, las cuales fueron compartidas con el terapeuta mediante

correo electrónico; asimismo, el consumo de alcohol durante el programa fue recolectado con una LIBARE en forma de calendario en formato Excel que incluía exclusivamente los días de uso del programa, enviada al usuario por correo electrónico para su llenado. Por su parte, los datos de seguimiento de 1 mes fueron obtenidos enviando al participante el CCS, el Cuestionario de Disposición al Cambio, el cuestionario de seguimiento y una LIBARE en Excel que incluía únicamente los 30 días posteriores a su finalización del programa.

### *Análisis de los datos*

El análisis realizado fue principalmente de tipo descriptivo respecto a las medidas de los instrumentos, comparando los datos obtenidos durante el pre-tratamiento, el programa, y el seguimiento después de 1 mes. Por su parte, el análisis de las medidas repetidas obtenidas a través de la LIBARE fue realizado predominantemente de manera visual, con una evaluación cuantitativa analizando el tamaño de efecto mediante el porcentaje de datos sin traslape (*percentage of nonoverlapping data* [PND]; Parker, Vannest y Davis, 2011).

## RESULTADOS

Los datos de la LIBARE recolectados fueron de 90 días de la línea base, los 26 días de la intervención, así como los 30 días posteriores a la misma, y pueden verse en la Figura 1.

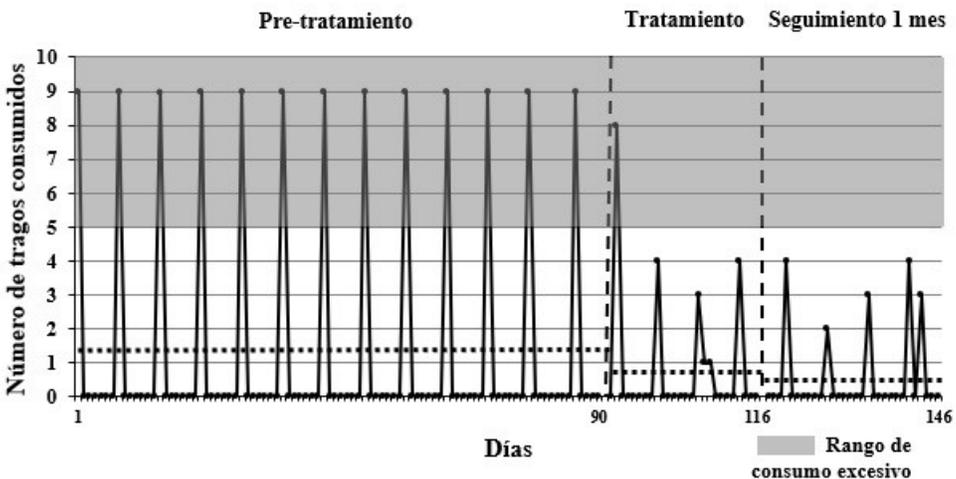


Figura 1. Número de tragos consumidos por día durante la línea base, tratamiento, y los 30 días posteriores, con las líneas punteadas horizontales indicando las medias de consumo diario por fase (1.3, .81 y .53, respectivamente).

Debido a que el consumo de alcohol en los bebedores problema tiende a ser más bien episódico en lugar de constante, existe una variabilidad considerable respecto a los datos, con periodos prolongados de consumo nulo y días de consumo significativo. Sin embargo, se puede considerar que la línea base presenta una estabilidad, debido a que es posible apreciar un patrón de consumo episódico cíclico sin variaciones importantes en el número de tragos ingeridos por día. Por su parte, la fase de intervención muestra una tendencia de una disminución del número de tragos consumidos por ocasión en relación con la línea base. Lo anterior puede corroborarse en la media de tragos ingeridos por día durante la línea base (1.3 tragos) y la media de la fase de intervención (0.81 tragos), indicando una reducción en el consumo de un 37.69%. La continuación de esta tendencia puede apreciarse en la fase de los 30 días posteriores al tratamiento, donde el promedio de consumo bajó a 0.53 tragos por día, una reducción de un 34.57% en comparación con la fase de tratamiento, y un 59.23% en comparación con la fase de pre-tratamiento.

La reducción en el consumo presenciada durante el tratamiento también podría indicar un cambio clínicamente relevante. El consumo puede clasificarse en moderado (1 a 4 tragos por ocasión), excesivo (5 a 10 tragos por ocasión) y muy excesivo (más de 10 tragos por ocasión), respectivamente (Echeverría et al., 2012). Hay una reducción significativa de una ingesta excesiva en los días de consumo entre la línea base (100% de los días de consumo), la fase de intervención (16.67%), y la fase de seguimiento de 1 mes (0%). Aparte de un día de consumo excesivo, la fase del programa se caracteriza por días de consumo moderado (83.33% de días con consumo), mientras que la fase de seguimiento contiene solamente días de consumo moderado (100% de días con consumo). Lo anterior hace posible inferir el comienzo de un patrón de ingesta de bajo riesgo (Echeverría et al., 2012).

Aunado a esto, es importante considerar si la meta de consumo establecida por el participante fue alcanzada. Como se comentó con anterioridad, el segundo módulo incluye un ejercicio en el que el usuario tiene que fijar su meta de consumo de alcohol durante su participación en el programa, y el quinto (y último) módulo ofrece la posibilidad de replantear la meta para los meses posteriores a la intervención. El participante incluido en este estudio eligió consumir un máximo de 4 tragos en un día promedio de ingesta, y consumir máximo en 1 ocasión en una semana promedio durante el programa; su meta de consumo se mantuvo sin modificación para los meses posteriores a la intervención. Es importante destacar que esta meta se encuentra dentro del consumo considerado de bajo riesgo, ya que la recomendación para hombres es un máximo de 4 tragos por ocasión y no más de 12 tragos por semana (Echeverría et al., 2012).

A partir de esto, se podrían obtener cuatro indicadores relevantes: (a) si se alcanzó la meta de consumo de un día promedio (un máximo de 4 tragos); (b) si se logró llegar al número de días de consumo en una semana promedio (1 día); (c) si los dos objetivos anteriores fueron alcanzados en una misma semana; y (d) si el consumo corresponde a la ingesta de bajo riesgo recomendada. Tomando en cuenta los 90 días de la LIBARE, se podrían tomar segmentos de 7 días, comenzando por el primer día reportado, representando semanas completas. De esta forma, se obtuvieron 12 semanas que se emplearon en el presente análisis; aunque

esta fase comprende el período previo al establecimiento de metas de consumo, se decidió utilizarla para propósitos de comparación con las fases subsecuentes. Asimismo, si se utilizan exclusivamente segmentos de 7 días completos de los 26 días durante los cuales el participante utilizó el programa, comenzando por el primer día de uso, se obtienen 3 semanas completas. Finalmente, si se aplica el mismo principio a los 30 días posteriores al uso del programa, se obtienen 4 semanas. Los resultados completos aparecen en la Tabla 1.

*Tabla 1.* Logro de la meta de consumo planteada por el participante durante el programa y el seguimiento de 1 mes, con la comparación con la fase de pre-tratamiento.

<b>Fase</b>	<b>Porcentaje de semanas con meta alcanzada de tragos por ocasión</b>	<b>Porcentaje de semanas con meta alcanzada de número de días de consumo por semana</b>	<b>Porcentaje de semanas con ambas metas alcanzadas</b>	<b>Porcentaje de semanas con consumo de bajo riesgo</b>
Pre-tratamiento	0%	100%	0%	0%
Tratamiento	66.67%	66.67%	33.33%	66.67%
Seguimiento de 1 mes	100%	75%	75%	100%

A partir de dicha tabla, puede apreciarse que el único indicador cumplido durante la fase de pre-tratamiento era el de un día de consumo semanal de los objetivos planteados (100% de las semanas); sin embargo, es importante destacar que dicho consumo fue consistentemente excesivo (9 tragos consumidos en cada ocasión). Durante la fase de tratamiento, el consumo presentó una disminución respecto a la fase anterior, debido a que la mayoría de las semanas (66.67%) presentaron una ingesta de un máximo de 4 tragos por ocasión y una ocasión de consumo por semana; asimismo, se presentó una semana en la que ambos objetivos fueron alcanzados (33.33%), y la mayoría de las semanas comenzó a presentar un consumo de bajo riesgo (66.67%). Finalmente, durante el mes de seguimiento, todas las semanas cumplieron con el objetivo del número de tragos por ocasión, y la mayoría tenía solamente una ocasión de consumo (75%). Adicionalmente, aumentó el porcentaje de semanas en los que se cumplieron ambas metas (75%). Por último, es importante destacar que todas las semanas cumplieron con los criterios de una ingesta de bajo riesgo durante el mes de seguimiento.

En resumen, puede apreciarse que los cuatro indicadores relevantes aumentaron en el seguimiento a 1 mes en comparación con la fase del programa. Es importante recalcar que, a pesar de que el participante no alcanzó algunas metas de consumo en su totalidad durante el periodo del tratamiento y el seguimiento, se acercó más a ellas en el seguimiento, además de que su consumo fue consistentemente de bajo riesgo en las mediciones de dicho periodo.

Para calcular el potencial tamaño de efecto de la intervención, se empleó el PND. Debido a que la efectividad del tratamiento depende de la reducción en el consumo de alcohol, el uso del PND implica medir el porcentaje de medidas de la fase de tratamiento por debajo de la medida más pequeña de la línea base. Como se mencionó anteriormente, la naturaleza episódica del consumo implica que existen periodos en los que las medidas alcanzan el valor mínimo por los períodos de abstinencia, generando un efecto de piso. Para lidiar con esto, se decidió tomar en cuenta exclusivamente los días en los que hubo un consumo de alcohol. Empleando este criterio, se realizó el PND, obteniéndose un porcentaje de ausencia de traslape de 100% ( $p < .001$ ), correspondiendo a una efectividad alta (Scruggs y Mastropieri, 2001). Además de esto, se llevó a cabo el PND comparando los 30 días posteriores a la finalización del programa con la fase de tratamiento. En este caso, se obtuvo un porcentaje de ausencia de traslape de 0% ( $p = 1.00$ ). Esto se debe a que algunos días de consumo durante la fase de tratamiento habían alcanzado el mínimo posible (1 trago), por lo que la obtención de un valor menor en la fase de seguimiento no hubiera sido posible. A pesar de que los 30 días posteriores al tratamiento no presentaron dicho mínimo de consumo, siempre se mantuvieron en el rango de un consumo moderado, a diferencia de la fase de intervención, que tuvo un día de consumo fuerte (8 tragos). A pesar de estos resultados favorables, es importante tomar en cuenta que estos resultados deben interpretarse con precaución debido a la selectividad de los datos usados.

Los resultados obtenidos del cuestionario inicial/de conclusión del programa/de seguimiento, el Cuestionario de Disposición al Cambio y el CCS se presentan en la Tabla 2. Debido a que son resultados obtenidos de un participante, tienen un valor exclusivamente descriptivo.

*Tabla 2.* Resultados obtenidos en el pre-tratamiento, la conclusión del tratamiento, y el seguimiento de 1 mes de instrumentos asociados a ingesta de alcohol.

<b>Instrumentos</b>	<b>Pre-tratamiento</b>	<b>Conclusión del tratamiento</b>	<b>Seguimiento de 1 mes</b>
Cuestionario inicial/conclusión de programa/de seguimiento			
Satisfacción con estilo de vida	Satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho
Gravedad de problema de alcohol	Pequeño problema	Sin problema	Sin problema
Cuestionario de Confianza Situacional			
Emociones desagradables	50%	100%	50%
Malestar físico	100%	100%	100%
Emociones agradables	50%	50%	25%
Probando control	100%	100%	75%
Necesidad física	50%	100%	100%

Instrumentos	Pre-tratamiento	Conclusión del tratamiento	Seguimiento de 1 mes
Conflicto con otros	100%	100%	100%
Presión social	100%	75%	100%
Momentos agradables con otros	25%	25%	50%
Promedio de porcentajes	72%	81%	75%
Cuestionario de Disposición al Cambio	Contemplación	Acción	Acción
Escala de Usabilidad del Sistema	N/A	95	N/A

Puede apreciarse que hay indicadores de un impacto favorable de la intervención en algunas de las medidas recolectadas. Por ejemplo, el consumo de alcohol dejó de ser percibido como un problema después de la aplicación de la intervención, y dicha percepción se mantuvo en el seguimiento a 1 mes. Asimismo, se presentó un avance en la fase de cambio, debido a que el Cuestionario de Disposición al Cambio indica que ocurrió una transición del sentimiento de ambivalencia respecto a la implementación de un cambio (contemplación) a cambios concretos para lograrlo (acción) en la etapa de la intervención, manteniéndose en el seguimiento de 1 mes. Además, hubo un aumento en la satisfacción con el estilo de vida, tanto durante el programa como después de 1 mes de su conclusión, y la evaluación de la usabilidad del programa fue extremadamente favorable (valor de 95). El único indicador que presentó un resultado más ambivalente fue el de la percepción de autoeficacia, ya que el promedio de los porcentajes de las ocho situaciones de riesgo aumentó durante el programa, pero disminuyó durante el seguimiento, aunque no bajó al nivel de pre-tratamiento.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican el posible comienzo de una disminución en la ingesta de alcohol durante la intervención, con un seguimiento de dicha tendencia de reducción durante el mes posterior al uso del programa. Dicha disminución se refleja en la cantidad de tragos ingeridos por ocasión, así como la aparición de un consumo considerado de riesgo bajo. Asimismo, la frecuencia del cumplimiento de las metas de consumo del participante aumentó durante la fase de seguimiento, en comparación con la fase de intervención. Además de esto, se observa una mejora en algunos indicadores asociados: la percepción de gravedad de consumo, la satisfacción con el estilo de vida, y la disposición al cambio. Finalmente, la evaluación extremadamente favorable de la usabilidad de la intervención vía Internet podría significar su aceptación por parte de los usuarios como una modalidad viable para proporcionar el tratamiento de ACD. Por otro lado, la autoeficacia de evitar un consumo excesivo en situaciones

de riesgo presentó un aumento en la evaluación durante el tratamiento, pero disminuyó durante el seguimiento a 1 mes.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta las limitaciones del diseño empleado en el estudio. Tomando en cuenta la naturaleza cuasi-experimental del diseño con un participante, a pesar de la presencia de evidencia de que los cambios se produjeron debido a la intervención, no puede descartarse la posibilidad de que factores ajenos al tratamiento pudieran haber influenciado los cambios en el patrón de ingesta reportados (Barlow et al., 2009). La evidencia a favor de una efectividad del tratamiento podría robustecerse con réplicas en otros sujetos y, tomando en cuenta la potencial irreversibilidad de los efectos del tratamiento, la aplicación de líneas base múltiples. Asimismo, la conclusión del estudio del cual el participante forma parte podría proporcionar información más fundamentada respecto a la eficacia del programa. Por ahora, se puede inferir un indicador provisional de la efectividad de la intervención en formato vía Internet.

El consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias son un problema de salud relevante, y existe una necesidad apremiante de formas efectivas y novedosas de remediar esta situación. Las personas con problemas relacionados con el alcohol que buscan tratamiento se enfrentan a numerosos obstáculos, especialmente en México, dada su inadecuada infraestructura de salud mental. Como se discutió anteriormente, la mayoría de las personas que experimentan dificultades con el alcohol pueden ser considerados como bebedores problema, y podrían beneficiarse de tratamientos breves. Las intervenciones basadas en Internet y guiadas por terapeutas parecen ser una opción viable para abordar estos problemas, dada la literatura emergente que indica su eficacia. Además, estas intervenciones pueden ser especialmente valiosas en tiempos de contingencia en México y el resto del mundo, tanto como una herramienta para garantizar el acceso a servicios psicológicos para tratar los problemas relacionados con el alcohol, como una forma de contrarrestar los potenciales detonantes de un abuso en el consumo debido al contexto de la pandemia, como se ha podido apreciar en la actual situación relacionada al COVID-19.

Los resultados preliminares del presente estudio buscan presentar una intervención breve vía Internet con guía terapéutica como una herramienta potencialmente eficaz que supera los numerosos obstáculos a los que se enfrentan las personas que buscan tratamiento para el uso indebido del alcohol. La eficacia de la intervención de ACD es respaldada por numerosas investigaciones, y cuenta con una cantidad significativa de técnicas de cambio conductual para modificar el consumo problemático de alcohol. Por ello, resulta una terapia viable para ser adaptada a una modalidad en línea. Esperamos que las conclusiones preliminares de este estudio contribuyan a la creciente literatura sobre el uso del Internet como medio legítimo y efectivo para ofrecer intervenciones basadas en evidencia para problemas de salud mental.

## REFERENCIAS

- Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(4), 613-619. doi: 10.1111/j.1530-0277.1997.tb03811.x

- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C. S., . . . Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, *12*(6), 1583. doi: 10.3390/nu12061583.
- Anderson, P., Llopis, E. V., O'Donnell, A., & Kaner, E. (2020). Impact of COVID-19 confinement on alcohol purchases in Great Britain: controlled interrupted time-series analysis during the first half of 2020 compared with 2015-2018. *Alcohol and Alcoholism*, *56*(3), 307-316. doi: 10.1093/alcalc/aga128
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLOS ONE*, *5*(10), e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Annis, H. M. (1982). *Inventory of drinking situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Ayala, V. H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, *6*(1), 71-93. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/18256/17354>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol* [Versión PDF]. Recuperado de [www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)
- Bangor, A., Kortum, P. T., & Miller, J. T. (2008). *An Empirical Evaluation of the System Usability Scale*. *International Journal of Human-Computer Interaction*, *24*(6), 574-594. doi: 10.1080/10447310802205776
- Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavioral change* (3<sup>a</sup> ed.). Boston: Pearson Education.
- Bennett, G. G. & Glasgow, R. E. (2009). The delivery of public health interventions via the Internet: actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, *30*, 273-92. doi: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100235
- Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus Internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(3), 330-41. doi: 10.1037/a0023498
- Brooke, J. (1996). SUS: A Quick and Dirty Usability Scale. En: P. W. Jordan, B. Thomas, B. A. Weerdmeester, & I. L. McClelland (Eds.), *Usability Evaluation in Industry*. London: Taylor & Francis.
- Calina, D., Hartung, T., Mardare, I., Mitroi, M., Poulas, K., Tsatsakis, A., Rogoveanu, I., & Docea, A. O. (2021). COVID-19 pandemic and alcohol consumption: Impacts and interconnections. *Toxicology Reports*, *8*, 529-535. doi: 10.1016/j.toxrep.2021.03.005

- Clay, J. M. & Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis [Correspondencia]? *The Lancet Public Health*, 5(5), e259. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8
- Cloud, R. N., & Peacock, P. L. (2001). Internet screening and interventions for problem drinking: Results from the www.carebetter.com pilot study. *Alcohol Treatment Quarterly*, 19(2), 23–44. doi: 10.1300/J020v19n02\_02
- CONADIC. (2021). *Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas* [Versión PDF]. México: Autor. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME\\_PAIS\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf)
- Cuijpers, P., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943–1957. doi: 10.1017/S0033291710000772
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: An overview. *Current Psychiatry Reports*, 9, 284-290. doi: 10.1007/s11920-007-0034-6
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 691–696. doi: 10.1016/0306-4603(94)90023-x
- De la Fuente, J. R., & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina*. 35, 47-51.
- Echeverría, L., Oviedo, P., & Ayala, H. V. (1998a). Línea base retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE). En H. E. V. Ayala, G. L. Cárdenas L. S. V. Echeverría, & M. L. Gutiérrez (Eds.), *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber* (pp. 167-186). Distrito Federal: Porrúa.
- Echeverría, L., Oviedo, P., & Ayala, H. V. (1998b). Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). En H. E. V. Ayala, G. L. Cárdenas L. S. V. Echeverría, & M. L. Gutiérrez (Eds.), *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber* (pp. 145-166). Distrito Federal: Porrúa.
- Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., Tiburcio, S. M. A., & Ayala, H. E. (2012). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema* (2ª ed.). Distrito Federal: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Gómez-Dantés, O., Alonso-Concheiro, A., Razo-García, C., Bravo-Ruiz, M. L., Orozco, E., Serván-Mori, E., Alpuche-Aranda, C., Hernández-Ávila, M., Híjar-Medina, M., Lamadrid-Figueroa, H., Medina-Mora, M. E., Mohar-Betancourt, A., Reynales-Shigematsu, L. M., Rivera-Dommarco, J., Riojas-Rodríguez, H., Campillo-García, J. I., Lozano-Ascencio, R., & Martínez-Palomo, A. (2017). *Prioridades de Investigación en Salud en México* [Versión PDF]. Recuperado de [https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/170708\\_Prioridades\\_invest\\_salud.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/170708_Prioridades_invest_salud.pdf)
- Griffiths, M. (2005). Online therapy for addictive behaviors. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(6), 555–561. doi: 10.1089/cpb.2005.8.555

- Guerrero-López, C. M., Muños-Hernández, J. A., Sáenz de Miera-Juárez, B. S., Pérez-Núñez, R., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2013). Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México. *Salud Pública de México*, 55(2), S282-S288. doi: 10.21149/spm.v55s2.5126
- Heather, N. (2004). Brief interventions. En N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *The essential handbook of treatment of treatment and prevention of alcohol problems* (pp.117-138). John Wiley & Sons.
- Heather, N. & Hönekopp, J. (2008). A revised edition of the readiness to change questionnaire (treatment version). *Addiction Research & Theory*, 16 (5), 421-433. doi: 10.1080/16066350801900321
- Hedlefs, M. I. & Garza, A. A. (2016). Análisis comparativo de la Escala de Usabilidad del Sistema (EUS) en dos versiones. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Computacionales e Informática*, 5(10). doi: 10.23913/reci.v5i10.48
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol* [Versión PDF]. Recuperado de [https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q\\_BDK9LA0e/view](https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view)
- ISO 9241-11 (1998). Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDTs). Recuperado el 12 de abril de 2016, de <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-11:ed-1:v1:en>
- Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., & Tucker, J. (2001). *Promoting self-change from substance abuse. Practical implications for policy, prevention and treatment*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866. doi: 10.1590/S0042-96862004001100011
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M.E., & Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. En A. Tena-Suck & R. Marín-Navarrete (Eds.), *Temas Selectos en Orientación Psicológica VIII: Orientación Psicológica y Adicciones* (pp. 1-7). El Manual Moderno.
- McCambridge, J., & Saitz, R. (2017). Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *BMJ*, 356, j116. doi: 10.1136/bmj.j116
- Medina-Mora, M. A., Carreño, S., & De la Fuente, J. R. (1998). Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in México. En M. Galanter (Ed). *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 14: The Consequences of Alcoholism* (pp. 383-396). New York: Plenum Press.
- Michie, S., Abraham, C., Eccles, M. P., Francis, J. J., Hardeman, W., & Johnston, M. (2011). Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behaviour change interventions: a study protocol. *Implementation Science*, 6, 10. doi: 10.1186/1748-5908-6-10
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an interna-

- tional consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81-95. doi: 10.1007/s12160-013-9486-6
- Moore, R. H. & Gerstein, D. R. (1981). *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of prohibition* [Versión PDF]. Recuperado de <http://www.nap.edu/catalog/114.html>
- Murray, E. (2012). Web-Based Interventions for Behavior Change and Self-Management: Potential, Pitfalls, and Progress. *Medicine 2.0*, 1(2), e3. doi: 10.2196/med20.1741
- Naciones Unidas. (22 mayo de 2022). 'COVID is not over', Tedros warns World Health Assembly. Recuperado de <https://news.un.org/en/story/2022/05/1118752>
- Natera, G. R., Juárez, F. G., Medina-Mora, M. E. I., & Tiburcio, M. S. (2007). Alcohol and drug consumption, depressive features, and family violence as associated with complaints to the prosecutor's office in central Mexico. *Substance Use & Misuse*, 42, 1485-1504. doi: 10.1080/10826080701202817
- Nielsen, P., Kaner, E. & Babor, T. F. (2008). Brief intervention, three decades on. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25(6), 453-467. doi: 10.1177/145507250802500608
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alcohol. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014* [Versión PDF]. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Alcohol and COVID-19: what you need to know. Recuperado de [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf)
- Pan American Health Organization. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México* [Versión PDF]. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- Pan American Health Organization. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas* [Versión PDF]. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
- Parker, R. I., Vannest, K., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35, 303-322. doi: 10.1177/0145445511399147
- Pollard, M. S., Tucker, J. S., & Green, Jr, H. D. (2020). Changes in adult alcohol use and consequences during the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Network Open*, 3(9), e2022942. doi: 10.1001%2Fjamanetworkopen.2020.22942
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (2010). Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), e68. doi: 10.2196/jmir.1642
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38

- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., . . . Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, *15*(12), e1002714. doi: 10.1371/journal.pmed.1002714
- Rivera, D. P. (2016, octubre). *Traducción y adaptación del instrumento: "Readiness to Change Questionnaire (RCQ-TV,2007)" "Cuestionario de Disposición al Cambio"*. Cartel presentado en el XXX Congreso de Posgrado en Psicología, Ciudad de México.
- Roberts, A. L., Fisher, A., Smith, L., Heinrich, M., & Potts, H. W. W. (2017). Digital health behaviour change interventions targeting physical activity and diet in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, *11*(6), 704-719. doi: 10.1007/s11764-017-0632-1
- Robinson, T. N., Patrick, K., Eng, T. R., & Gustafson, D. (1998). An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age. Science Panel on Interactive Communication and Health. *JAMA*, *280*(14), 1264-9. doi: 10.1001/jama.280.14.1264
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. & Grant, M. (1993) Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, *88*, 349-362. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x
- 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. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (2001). How to summarize single participant research: ideas and applications. *Exceptionality*, *9*, 227-244. doi: 10.1207/S15327035EX0904\_5
- Secretaría de Salud. (14 de noviembre de 2021). En México, 20 millones de personas enfrentan consumo problemático de alcohol. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/502-en-mexico-20-millones-de-personas-enfrentan-consumo-problematico-de-alcohol?idiom=es>
- Secretaría de Salud. (2002). Observatorio Mexicano en Alcohol, Tabaco y Otras Drogas 2002 [Versión PDF]. Recuperado de [www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/libros/observatorio\\_2002.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/observatorio_2002.pdf)
- Sidor, A., & Rzymiski, P. (2020). Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. *Nutrients*, *12*(6), 1657. doi: 10.3390/nu12061657
- Skinner, H. A. & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, *91*(3), 199-209.

- Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala-Velázquez, H., Echeverría, L., Leo, G. I., Rybakowski, J. K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S., & Ziolkowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations. *Substance Use & Misuse, 36*(3), 313–331. doi: 10.1081/JA-100102628
- Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1992). Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En J. Allen & R.Z. Litten (Eds.), *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods* (pp. 41-72). New Jersey: Human Press.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(4), 672-683. doi: 10.1037/a0016636
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Brown, J., & Cleland, P. A. (noviembre de 1995). *A randomized trial comparing group versus individual Guided Self-Change treatment for alcohol and drug abusers*. Presentado en 29th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19*(3), 199-210. doi: 10.1891/jcop.2005.19.3.199
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2015). *Problem drinkers. Guided self-change treatment* [Versión PDF]. Recuperado de [http://freepsychotherapybooks.org/substance-abuse/product/62-problem-drinkers-guided-self-change-treatment/category\\_pathway-34](http://freepsychotherapybooks.org/substance-abuse/product/62-problem-drinkers-guided-self-change-treatment/category_pathway-34)
- Sundström, C., Gajecski, M., Johansson, M., Blankers, M., Sinadinovic, K., Stenlund-Gens, E., & Berman, A. H. (2016). Guided and unguided Internet-based treatment for problematic alcohol use – a randomized controlled pilot trial. *PLoS ONE, 11*(17), e0157817. doi: 10.1371/journal.pone.0157817
- The Lancet Gastroenterology Hepatology (2020). Drinking alone: COVID-19, lockdown, and alcohol-related harm. *The Lancet Gastroenterology & hepatology, 5*(7), 625. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30159-X
- Toll, B. A., Sobell, L. C., D'Arienzo, J., Sobell, M. B., Eickleberry-Goldsmith, L., & Toll, H. J. (2003). What do Internet-based alcohol treatment websites offer? *Cyberpsychology & Behavior, 6*(6), 581–584. doi: 10.1089/109493103322725351
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Ameele, S., & Crunelle, C. L. (2020). Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey. *European Addiction Research, 26*(6):309-315. doi: 10.1159/000510822
- Vernon M. L. (2010). A review of computer-based alcohol problem services designed for the general public. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(3), 203–211. doi:10.1016/j.jsat.2009.11.001

- Wagner, E. F., Hospital, M. M., Graziano, J. N., Morris, S. L., & Gil, A. G. (2014). A randomized controlled trial of Guided Self-Change with minority adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 1128-1139. doi:10.1037/a0036939
- Yardley, L., Choudhury, T., Patrick, K., & Michie, S. (2016). Current issues and future directions for research into digital behavior change interventions. *American Journal of Preventive Medicine, 51*(5), 814-815. doi: 10.1016/j.amepre.2016.07.019
- Zvolensky, M. J., Garey, L., Rogers, A. H., Schmidt, N. B., Vujanovic, A. A., Storch, E. A., Buckner, J. D., Paulus, D. J., Alfano, C., Smits, J. A. J., & O’Cleirigh, C. (2020). Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. *Behaviour Research and Therapy, 134*, 103715. doi: 10.1016/j.brat.2020.103715

(Received: December 29, 2020; Accepted: October 04, 2022)